

К КАЗУИСТИКЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

И. Б. Олешкевич

Из 2-й хир. клиники Белорусского мед. института (дир. клиники — проф. М. П. Соколовский)

Больной П. А., 22 лет, 14.XII.1935 переведен из 2-й терапевтической клиники во 2-ю хирургическую клинику с диагнозом диафрагмальной грыжи. Больным себя считает с I.VI.1935, когда он попал под грузовую автомашину, колесо которой проехало по средней части живота. В течение месяца лечился в хирургической клинике и 3 месяца амбулаторно. Во время пребывания в клинике больной ощущал боли в животе, наиболее резко выраженные в подложечной области. Через 4 месяца боли прошли и больной приступил к своей работе. Месяц назад у больного после поднятия тяжести внезапно появились острые боли живота, заставившие его слезь в постель. Приглашенный врач обнаружил желудочное заболевание и направил больного во 2-ю терапевтическую клинику, где больной был подвергнут клиническому исследованию; был установлен диагноз диафрагмальной грыжи, после чего больной переведен во 2-ю хирургическую клинику для операции.

Главные жалобы на боль в левой половине грудной клетки и одышку, усиливающуюся после приема пищи. При исследовании больного найдено: в нижней половине грудной клетки слева тимпанический звук и ослабленное дыхание. Выслушиваются влажные хрипы по всему левому легкому, особенно внизу. Подвижность легочных краев справа нормальная, слева не определяется. Левая граница сердца не определяется из-за наличия тимпанита, правая на 3 см кнаружи от правого края грудины; тоны сердца глуховаты. Язык влажный, обложен; живот запавший, мягкий, неболезненный; печень и селезенка не прощупываются; нижняя граница желудка ни пальпаторно, ни перкуторно не определяется. Слепая и сигмовидная кишки прощупываются на обычном месте, подвижны, неболезненны. Со стороны мочеполовой системы отклонений от нормы не имеется.

Лабораторные исследования: моча — кислой реакции, уд. вес 1 100, уробилин $++$, в осадке незначительное количество уратов. Кровь: Нб — 85%, эритроц. — 5 350 000, лейкоц. — 4 600, сегм. — 47%, палочк. — 1%, юн. — 2%, лимф. — 46%, мон. — 2%, эозин. — 1%. РОЭ — 4 мм в 1 час. Желудочный сок: общая кислотность 54,0, свободная HCl — 16,5; люголевская проба отрицательная.

Рентгеноскопия желудка: высокое стояние левого купола диафрагмы, который при вдохе поднимается вверх, при выдохе опускается вниз; над куполом диафрагмы желудочный пузырь. При наполнении желудка контрастной массой видно, что последний большей своей частью располагается над левым куполом диафрагмы, эвакуация его происходит нормально. Через 24 часа после принятия контрастной массы стояние левого купола диафрагмы такое же, как предыдущий раз; над левым куполом располагается flexura lienalis, наполненная контрастной массой, а над ней большой желудочный пузырь. При введении зонда и раздувании желудка пузырь располагается верхним своим краем на уровне IV ребра слева. При наполнении контрастной массой в лежащем положении желудок занимает почти все легочное поле.

22.XII.1935 операция под эфирным наркозом. Разрез в VI межреберном промежутке слева. После рассечения мышц над ребрами резецировано сначала VI, а затем VII ребро. Сквозь не вскрытую плевру видна толстая кишка. Сделана лапаротомия по средней линии между мечевидным отростком и пупком. Введенной в брюшную полость ладонью обнаружено отверстие в сухожильной части диафрагмы. Через отверстие свободно входит ладонь. Из плевральной полости извлечена поперечно-ободочная кишка и несколько петель тонких кишок. Желудок целиком находится в плевральной полости. Извлечь его из разреза брюшной полости не удается. Крестообразным разрезом вскрыта плевра; желудок, после разделения рыхлых спаек вытянут ассистентом из плевральной полости. Отверстие в диафрагме удалось закрыть благодаря тому, что одна рука хирурга была введена в брюшную полость и подавала край диафрагмы. Швы накладывались со стороны плевральной полости. Всего наложено 5 швов. Плевральная по-

лость закрыта наглухо: плевра и мышцы зашиты кетгутom, кожа шелком. Брюшная полость зашита кетгутom на брюшину; 8-образные шелковые швы на апоневроз и кожу. Заклейка.

Послеоперационный период осложнился поверхностным нагноением брюшной и глубоким нагноением грудной раны. После снятия нескольких швов из грудной раны выделилось большое количество гноя; имеется сообщение с плевральной полостью. Нагноение ликвидировано, раны зажили и больной в хорошем состоянии выписался домой.

Рассматривая наш случай, можно отметить несколько моментов. Прежде всего во время операции мы столкнулись с тем фактом, что грудной способ оказался недостаточным и мы вынуждены были дополнительно прибегать к лапаротомии. Далее, широкое грыжевое отверстие, расположенное в сухожильной части диафрагмы, вряд ли удалось бы основательно зашить, пользуясь только чрезплевральным, а тем более брюшным способом. Добиться хорошего закрытия удалось благодаря тому, что одна рука хирурга была введена в брюшную полость и подавала край диафрагмы, а это можно было сделать только при смешанном способе. Осложнение плевритом у нашего больного в послеоперационном периоде несколько не отразилось как на непосредственном исходе, так и в отношении рецидива. Что же касается вопроса, какое место в этиологии диафрагмальных грыж занимают тупые травмы живота, то на него мы должны ответить — не последнее. У нашего больного травмой, вызвавшей повышение внутрибрюшного давления, приведшее к разрыву диафрагмы, явилось колесо грузовой автомашины.

Таким образом, при операциях диафрагмальных грыж в хроническом состоянии, особенно при больших грыжах, не всегда удастся ограничиться брюшинным или чрезплевральным способом, а приходится прибегать к смешанному способу.