

Посттравматическая диафрагмальная грыжа у ребенка 9 лет

Р. З. Тандилава^{1,2}, Т. И. Тебидзе¹, З. Р. Тандилава^{1,2}

¹АО "Evex Hospitals" – Центральный госпиталь матери и ребенка имени М. Иашвили, г. Батуми, Грузия,
²Государственный университет Шота Руставели, г. Батуми, Грузия

Posttraumatic diaphragmatic hernia in a child, ageing 9 years old

R. Z. Tandilava^{1,2}, T. I. Tebidze¹, Z. R. Tandilava^{1,2}

¹AO "Evex Hospitals" – Central Hospital of Mother and Child named after M. Iashvili, Batumi, Georgia,
² Shota Rustaveli State University, Batumi, Georgia

Диафрагмальной грыжей называют перемещение органов брюшной полости в грудную через естественные или патологические отверстия в диафрагме, а также путем выпячивания ее истонченного участка. У детей диафрагмальные грыжи чаще всего бывают врожденными, а приобретенные встречаются крайне редко и, как правило, являются результатом травмы или ранения. При закрытой травме туловища разрыв диафрагмы обусловлен сильным толчком и происходит в наиболее тонком ее месте. В зависимости от вида травмы или ранения, ряда других моментов хирург может столкнуться как с острой, так и с хронической травматической диафрагмальной грыжей, которая, как правило, бывает ложной [1 – 3].

Состояние, когда через образовавшийся раневой дефект в плевральную полость переместились брюшные органы (желудок, кишечник, селезенка и др.), сдавив легкое, сместив средостение в противоположную сторону, называют острой травматической диафрагмальной грыжей. Разрыв диафрагмы обычно является одним из компонентов комбинированной травмы живота. Реже бывает изолированное повреждение диафрагмы, которое может остаться нераспознанным. В последующем через дефект диафрагмы в грудную полость периодически смещаются органы брюшной полости и возникает хроническая травматическая диафрагмальная грыжа. При этом заболевании выполнение срочного хирургического вмешательства необходимо только тогда, когда возникают осложнения, которые однотипны с осложнениями, наблюдаемыми при ложных врожденных диафрагмальных грыжах [4 – 6].

В диагностике хронической посттравматической диафрагмальной грыжи большое значение имеет анамнез (указание на травму или ранение). Приводим клиническое наблюдение диагностики и лечения диафрагмальной грыжи.

Больная Е., 9 лет, поступила в департамент критической медицины Центрального госпиталя матери и ребенка имени М. Иашвили г. Батуми 03.04.2019 г. в 2 часа 16 минут с диагнозом: острая дыхательная недостаточность. Жаловалась на одышку, затрудненное дыхание, боль в животе в эпигастральной области и левом подреберье. Из анамнеза известно, что боль в животе появилась днем, вечером была рвота. Позже стало трудно дышать, участилась рвота, появилась одышка.

Общее состояние больной тяжелое из-за явлений дыхательной недостаточности. Кожа бледная, лицо покрыто потом, цианоз носогубного треугольника, выраженная тахикардия, тахипноэ, ЧДД 42 за 1 мин, SPO₂ 92%, ЧСС 130 за 1 мин, АД 80/55 мм рт. ст. Грудная клетка цилиндрическая, симметрична, аускультативно слева дыхание не прослушивается, перкуторно отмечается коробочный звук. Тоны сердца приглушены, границы абсолютной и относительной сердечной тупости смещены вправо. Живот не вздут, в акте дыхания участвует, пальпаторно мягкий, болезненный в эпигастральной области, левом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Больной в экстренном порядке проведено обследование: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, определение уровня электролитов в крови, ЭКГ, эхокардиоскопия, УЗИ органов брюшной и грудной полостей. На обзорной рентгенограмме органов грудной полости средостение смещено вправо, в левой половине грудной полости визуализируются горизонтальные уровни жидкости (рис. 1).

В экстренном порядке проведена контрастная компьютерная томография органов брюшной и грудной полостей. На полученных срезах левое легкое коллабировано, желудок резко расширен, смещен в грудную

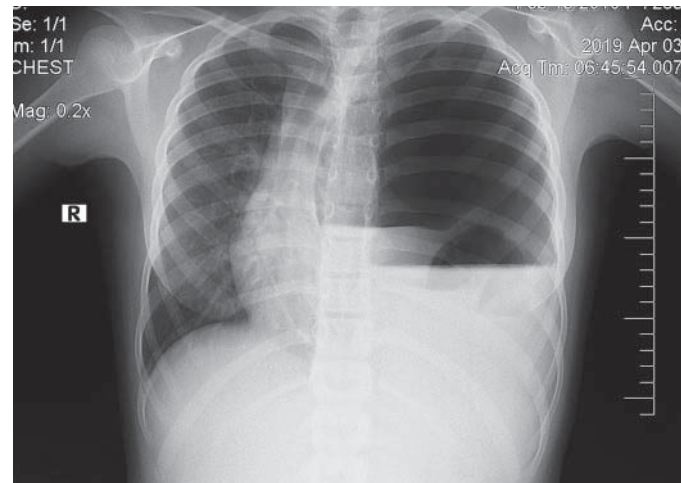


Рис. 1.
Обзорная рентгенограмма органов грудной полости
(пояснение в тексте).

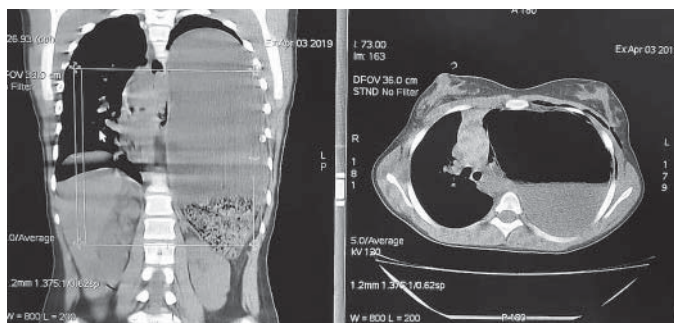


Рис. 2.

Контрастная компьютерная томография органов грудной и брюшной полостей (пояснение в тексте).

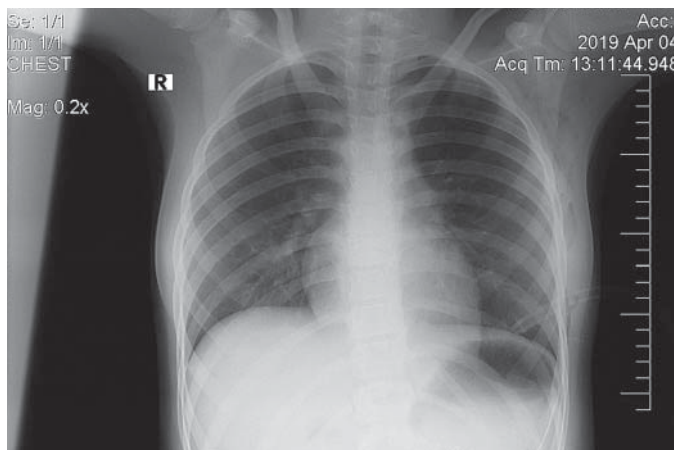


Рис. 3.

Контрольная обзорная рентгенография органов грудной полости (пояснение в тексте).

полость, в просвете – жидкость с горизонтальным уровнем (рис. 2).

В беседе с родителями выяснено, что девочка перенесла тупую травму живота пять месяцев назад. Была обследована хирургом и находилась под его наблюдением. Повреждений органов брюшной полости не было выявлено.

Поставлен диагноз: диафрагмальная грыжа. В экстренном порядке выполнена лапаротомия. В левом куполе диафрагмы обнаружен дефект размерами 3,5 × 5,0 см, через который в грудную полость пролабируют раздутый желудок, сальник, часть поперечной ободочной кишки и селезенки. Органы брюшной полости эвакуированы из плевральной полости с трудом, особенно желудок. Дефект диафрагмы ушит отдельными узловыми швами. Полный гемостаз, дренирование брюшной и плевральной полостей, послойные швы на рану.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи из брюшной и плевральной полостей удалены. Контрольная рентгенограмма органов грудной полости 04.04.2019 г.: левое легкое расправлено, сердце в пределах нормы (рис. 3).

Девочка выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

В данном наблюдении вызывает интерес достаточно редкая патология для данного возраста. Вероятная при-

чина возникновения дефекта диафрагмы у девочки – тупая травма живота, полученная пять месяцев назад. После обследования удовлетворительное общее состояние ребенка и отсутствие отчетливых симптомов повреждения органов брюшной полости не дали оснований для подозрения на повреждение диафрагмы. В последующем сформировалась ложная диафрагмальная грыжа. Клинические проявления и осложнения развились через пять месяцев после травмы в виде острой дыхательной недостаточности, что затруднило раннюю диагностику. Вследствие того что процесс протекал под маской острой дыхательной недостаточности, больная была госпитализирована в департамент критической медицины, где было проведено обследование и диагностирована диафрагмальная грыжа.

Выводы

1. Ранняя диагностика посттравматической диафрагмальной грыжи затруднена, так как данная патология не имеет ранних патогномоничных симптомов.

2. При удовлетворительном общем состоянии больного, получившего тяжелую травму живота, и отсутствии отчетливых симптомов повреждения органов брюшной полости необходимо исключить возможность повреждения диафрагмы. Клинические проявления и осложнения могут развиваться через несколько месяцев после травмы и затруднить раннюю диагностику.

3. Диагностика посттравматических диафрагмальных грыж предусматривает применение комплекса инструментальных методов исследования, наиболее эффективным среди которых является контрастная компьютерная томография.

Подтверждение

Финансирование. За средства авторов.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов.

References

1. Struchkov VI, Pugachev AG, editors. Pediatric Thoracic Surgery. Moscow: Medicine; 1975. 512–35 s. [In Russian].
2. Adler DH. Blunt diaphragmatic injury in a 7-year-old girl: J Emerg Med. 2002 Jul; 23(1):39–42. PMID: 12217470. doi: 10.1016/s0736-4679(02)00459-6.
3. De Nadai TR, Lopes JC, Inaco Cirino CC, Godinho M, Rodrigues AJ, Scarpelini S. Diaphragmatic hernia repair more than four years after severe trauma: Four case reports. Int J Surg Case Rep. 2015;14:72–6. PMID: 26241166. doi: 10.1016/j.ijscr.2015.07.014.
4. Bairov GA. Emergency surgery of children. Sankt Petersburg: Peter Press; 1997. 276–8 s. [In Russian].
5. Falidas E, Gourgiotis S, Vlachos K, Villias C. Delayed presentation of diaphragmatic rupture with stomach herniation and strangulation: Am J Emerg Med. 2015;33(9):1329. e1–3. PMID: 25795431. doi: 10.1016/j.ajem.2015.02.052.
6. Hajong R, Baruah A. Post-traumatic diaphragmatic hernia: Indian J Surg. 2012 Aug;74(4):334–5. PMID: 23904727. doi: 10.1007/s12262-012-0418-7.

Надійшла 10.09.2019