

Д.А. Ясюченя, К.В. Асямов, И.И. Дзидзава,
В.В. Салухов, А.А. Чугунов, А.Б. Богомолов,
А.В. Николаев, Ю.Р. Грозовский

Течение отсроченной правосторонней посттравматической диафрагмальной грыжи с дислокацией печени в грудную полость

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Описан редкий клинический случай отсроченной посттравматической грыжи правого купола диафрагмы с дислокацией печени в грудную полость без нарушения функции печени, легких и отсутствием нарушений гемодинамики. На поликлиническом этапе при проведении плановой флюорографии у пациента Н. в проекции нижней доли правого легкого выявлено одиночное затемнение округлой формы, размерами 114×99 мм. Для уточнения диагноза пациент поступил в клинику госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в плановом порядке. По результатам проведенного обследования и тщательного сбора анамнеза установлен окончательный диагноз: «Правосторонняя посттравматическая грыжа с дислокацией печени в грудную полость». Данное осложнение встречается крайне редко. В литературе описаны единичные клинические примеры такой патологии. Это связано с особенностями анатомического строения, а именно с выполняемой печенью «защитной» функцией. Она препятствует пролоббированию других органов полости брюшины в грудную полость. Однако в данном случае описана миграция печени после перенесенной закрытой травмы живота. Немаловажно, что данный клинический случай сопровождался скудной клинической картиной, отсутствием жалоб со стороны пациента и нормальными показателями методик лабораторной диагностики. Смертность при разрывах диафрагмы может достигать 31% в первые сутки после травмы. В связи с этим диагноз диафрагмальной грыжи требует исключения у всех пациентов с травмой груди и/или живота.

Ключевые слова: посттравматическая грыжа, миграция печени, закрытая травма живота, разрывы диафрагмы, пролоббирование органов, грыжевой мешок, гаустрация, скудная клиническая картина.

Введение: Диафрагмальная грыжа – это пролоббирование органов живота в грудную полость через дефект в диафрагме. Они могут быть врожденными и приобретенными [4]. Приобретенные диафрагмальные грыжи возникают, в большинстве случаев, в результате закрытой или открытой (ранения) торако-абдоминальной травмы. Грыжи левого купола диафрагмы встречаются чаще, так как печень выполняет защитную функцию, препятствуя пролоббированию других органов полости брюшины [5]. Формирование диафрагмальной грыжи может происходить абсолютно бессимптомно – по этой причине приблизительно 66% разрывов диафрагмы не диагностируют в момент травмы. Отрицательное давление плевральной полости вызывает постепенную миграцию абдоминальных органов структур, приводя к возникновению соответствующих симптомов [6]. Формирование диафрагмальной грыжи по клиническому течению возможно разделить на два типа: I (ранний) и II (отсроченный).

Дислокация органов живота чаще встречается при II типе грыж диафрагмы. Клинические проявления включают симптомы расстройств желудочно-кишечного тракта (абдоминальные боли, тошнота, рвота, кишечная непроходимость), дыхания (одышка, боль

в груди), кровообращения (нарушения сердечного ритма, нестабильность артериального давления).

Грыжи правого купола диафрагмы не относятся к категории часто встречаемой патологии, в доступной литературе описаны единичные клинические примеры разрыва правой половины диафрагмы с пролоббированием печени в грудную полость. Данный вид патологии наблюдается у лиц молодого возраста и вызван аномалиями эмбрионального развития диафрагмы или травматическим генезом. Характеризуется скудной клинической симптоматикой до возникновения осложнений. Своевременная диагностика и оперативное лечение, как правило, приводят к полному выздоровлению.

При закрытых повреждениях правого купола диафрагмы иногда происходит посттравматическая дислокация печени в грудную полость. В некоторых случаях даже при небольшом дефекте участок печени, деформируясь, проникает («засасывается») в грудную полость, образуя выпячивание разнообразной формы.

Рентгенологическая картина при травматической грыже диафрагмы зависит от характера и объема органов брюшной полости, которые заполняют грыжевой мешок. При обзорной рентгенографии зачастую визуализируется округлой или овальной формы тень

в области правого кардиодиафрагмального угла. Интенсивность данной тени может быть различной и видоизменяться с течением времени, что обусловлено изменением степени наполнения кишечника («симптом изменчивости» рентгенологической картины). В отдельных случаях наблюдают более крупные скопления газа над диафрагмой и типичную для толстого кишечника гаустрацию. Дополнительные трудности в диагностике таких посттравматических диспозиций органов брюшной полости вызваны еще и тем обстоятельством, что последнее возникает не в момент травмы или ближайший период, а спустя несколько суток или недель.

Цель исследования. Описать клинический случай правосторонней посттравматической диафрагмальной грыжи с дислокацией печени в грудную полость.

Материалы и методы. Обследован пациент Н. 20 лет, поступивший в клинику госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова для дополнительного обследования и уточнения диагноза направления: «Новообразование правой плевральной области неуточненной этиологии». Предположение о наличии опухолевого роста возникло у врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического звена при выполнении флюорографии органов грудной полости.

При поступлении в клинику и последующем наблюдении пациент Н. жалоб не предъявлял. Из анамнеза известно, что больной Н. развивался согласно возрасту, в своем развитии от сверстников не отставал. Аллергологический анамнез спокойный. Наследственность неотягощена. Хронические заболевания отрицает, на учете у врачей по месту жительства не состоял. Контакты и укусы домашних и диких животных, а также грызунов отрицает. За пределы Российской Федерации не выезжал. Вредные привычки: курение табачных изделий до 10 сигарет в сутки на протяжении последних 3 лет. Алкоголем не злоупотреблял. Профессиональных вредностей не имел.

Результаты и их обсуждение. При объективном обследовании общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение пациента активное. Телосложение нормостеническое. Питание удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 74 кг. Индекс массы тела 25,6 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Видимые слизистые чистые, обычной окраски. Носовое дыхание свободное с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена, узлы не пальпируются. При осмотре опорно-двигательной системы патологии не выявлено. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, 72 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, не напряжен, сосудистая стенка не пальпируется вне пульсовой волны. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет. Грудная клетка обычной формы. Симме-

трично принимает участие в акте дыхания. Частота дыхания 17 в 1 мин. При пальпации грудной клетки болезненных точек не выявлено. При сравнительной перкуссии – ясный легочный звук. Выявлено локальное укорочение перкуторного звука и ослабление везикулярного дыхания в проекции нижней доли правого легкого по задней подмышечной и лопаточной линиям. В проекции других легочных полей дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Слизистая полости рта и зева обычной окраски, миндалины не гипертрофированы, налетов нет. Язык влажный, чистый. Живот при поверхностной и глубокой пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени (по Курлову) 9×8×7 см. Патологических изменений селезенки при пальпации не выявлено. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Мочеиспускание без особенностей. Неврологической симптоматики при осмотре не выявлено. Температура тела при поступлении и на протяжении всей госпитализации регистрировалась в пределах физиологической нормы.

По данным общепринятых клинических методик лабораторной диагностики, патологических отклонений исследуемых параметров от пределов референтных значений не выявлено.

Повторно выполнена рентгенография органов грудной полости в прямой и правой боковой проекциях.

На рентгенограмме органов грудной полости в прямой проекции (рис. 1) в нижних отделах правого легочного поля определяется большое округлое затемнение с четкими ровными контурами.

На рентгенограмме органов грудной полости в боковой проекции (рис. 2) в заднебазальных отделах правого легочного поля визуализируется округлое затемнение.

По данным предварительного просмотра полученных рентгенологических изображений возникла



Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной полости пациента Н. в прямой проекции в положении стоя



Рис. 2. Рентгенограмма органов грудной полости пациента Н. в правой боковой проекции в положении стоя

необходимость в выполнении прицельной рентгенографии области правого плеврального синуса для более углубленного обследования (рис. 3).

По данным многофокусной рентгенографии органов грудной полости установлено: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Прозрачность легочных полей сохранена. Легочный рисунок не изменен. Корни структурны, не расширены. Купол диафрагмы четкий и ровный, расположен обычно. Реберно-диафрагмальные синусы свободны. Жидкость в плевральных полостях не определяется. Тень срединных структур не смещена, не расширена. Тень сердца и аорты без особенностей. Костные структуры видимых отделов без «свежих» костно-травматиче-



Рис. 3. Прицельная рентгенография области правого плеврального синуса пациента Н. в положении стоя

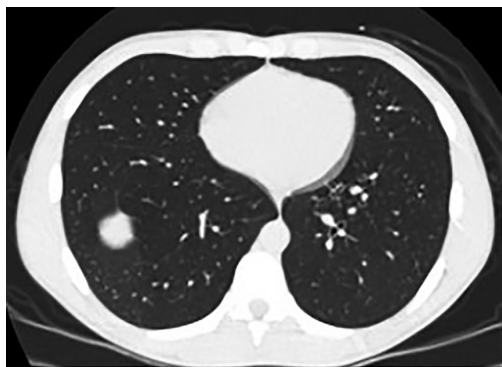
ских и иных патологических изменений. Нормальное изображение мягких тканей грудной клетки. Обращает на себя внимание одиночное затенение округлой формы от 6-го до 10-го ребра (счет по передним отрезкам ребер) в проекции нижней доли правого легкого, гомогенной плотной структуры, с четкими и ровными контурами, размерами 114×99 мм, без признаков перифокального воспаления. Киста? Окончательный диагноз установить на данном этапе не представлялось возможным, что требовало применения более высокотехнологичных методик диагностики.

Округлые образования в легочной паренхиме и плевральных полостях по данным одной лишь рентгенографии практикующим клиницистам достаточно затруднительно верифицировать и приходится дифференцировать с такими нозологическими единицами как туберкулема, эхинококк, периферическое новообразование, то есть с патологическими изменениями, которые визуализируется как одиночные шаровидные образования округлой формы с ровными четкими краями [1–3].

Для дальнейшей верификации диагноза выполнена спиральная компьютерная томография органов грудной, брюшной полостей, забрюшинного пространства и таза с применением внутривенного контрастирования (рис. 4–15).

При спиральной компьютерной томографии органов грудной полости свежих очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Ход и проходимость трахеи, главных и долевого бронхов не нарушены. Средостение не смещено, не расширено. Визуализируется ткань вилочковой железы размерами 1,3×1,6 см. Внутригрудные и подмышечные лимфатические узлы не увеличены. Жидкости в плевральных полостях и полости перикарда не выявлено. Костные травматические и деструктивные изменения не определяются.

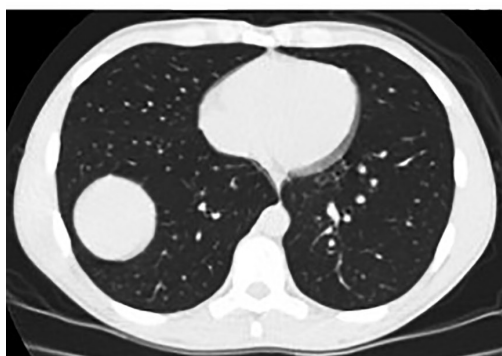
При спиральной компьютерной томографии органов брюшной полости и забрюшинного пространства с последующим введением контрастного вещества (ультравист 370–100 мг) определяется грыжевой дефект правой половины купола диафрагмы с пролабированием правой доли печени в грудную полость. Размеры грыжевых ворот 8,2 см, грыжевого выпячивания – 8,4×9,5×10,0 см. Плотностные показатели печени составляют 49–58 НУ, структура однородная, контрастирование равномерное, краниокаудальный размер 13,8 см. Желчный пузырь S-образной формы, содержимое пузыря однородное, стенка не утолщена. Селезенка в размерах не увеличена, плотностные показатели не изменены и составляют 39–45 НУ, структура однородная, контрастирование равномерное. Поджелудочная железа не увеличена, дольчатая, контур железы четкий. Парапанкреатическая клетчатка не изменена. Надпочечники не увеличены, дифференцируются на тело и ножки, новообразование в них не определяется. Местоположение почек обычное, паренхима не истончена. Дифференцировка на корковое и мозговое вещество сохранена. Чашечно-лоханочные системы не расширены. Рентгенконтрастные



4



5



6



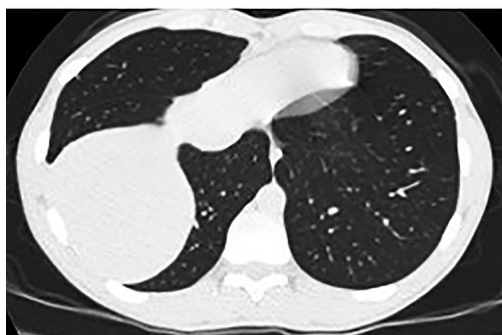
7



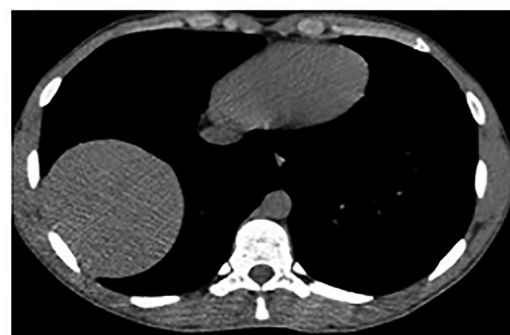
8



9



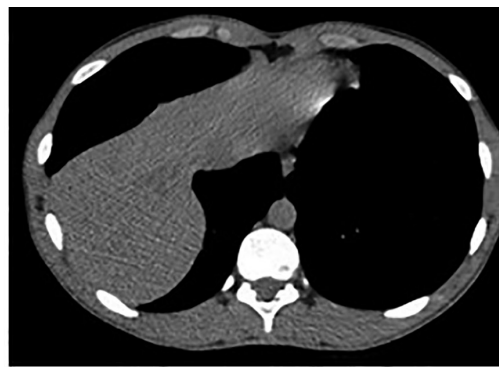
10



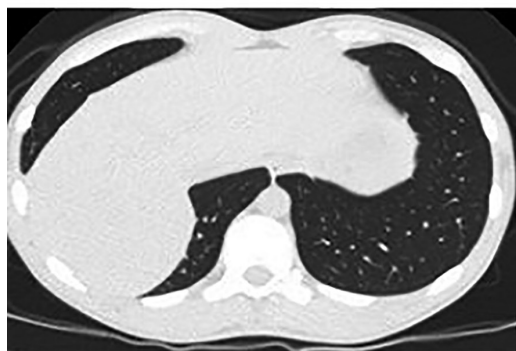
11



12



13



14



15

Рис. 4–15. Компьютерная томография высокого разрешения органов грудной полости пациента Н. в режимах легочного и мягкотканого окон

конкременты не выявлены. Параренальная клетчатка не уплотнена. Мочевой пузырь сокращен, стенка его не изменена. Предстательная железа однородная, размеры 3,2×3,4 см. Клетчатка малого таза не уплотнена. Лимфатические узлы не увеличены. Визуализируются паховые лимфатические узлы, размерами справа до 0,6×1 см, слева – до 0,7×1 см. Свободной жидкости в брюшной полости и полости таза не выявлено. Костные травматические и деструктивные изменения не определяются.

В области правой половины купола диафрагмы визуализируется диафрагмальная грыжа, содержимое грыжевого мешка – печень, нельзя исключить травматический генез формирования грыжи.

С учетом полученных данных, при повторном настойчивом изучении анамнеза пациент признался, что до достижения совершеннолетия по месту его жительства имело место дорожно-транспортное происшествие с закрытой травмой живота, последующим возникновением болевого синдрома и сохранением его в течение месяца. За медицинской помощью пациент не обращался, от родственников факт травмы утаил, аналогичным образом поступил и при сборе анамнеза медицинским персоналом.

Пациенту для устранения диафрагмальной грыжи и формирования физиологического расположения печени было показано и предложено оперативное вмешательство – видеоторакоскопическая пластика правого купола диафрагмы под комбинированной

анестезией с одноклеточной инвазивной вентиляцией легких. Однако, по личным соображениям, больной отказался от оперативного вмешательства и настойчиво потребовал выписать его по месту жительства.

Заключение. Диагноз диафрагмальной грыжи требует исключения у всех пациентов с травмой груди и/или живота, поскольку смертность при разрывах диафрагмы может достигать 31% в первые сутки после травмы. В случае появления характерных клинических симптомов спустя многие годы также необходимо исключить формирование диафрагмальной грыжи [7–9].

Литература

1. Пульмонология: руководство / под общей ред. В.В. Салухова, М.А. Харитонов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 416 с.
2. Хофер, М. Рентгенологическое исследование грудной клетки. Практическое руководство. – М.: Мед. лит., 2008. – 224 с.
3. Компьютерная томография: базовое руководство. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: Мед. лит., 2008. – 224 с.
4. Katukuri, G.R. Delayed diagnosis of left-sided diaphragmatic hernia in an elderly adult with no history of trauma / G.R. Katukuri [et al.] / Journal of Clinical Diagnostic. – 2016. – Vol. 10. – P. 4–5.
5. Peker, Y., Dislocation of three segments of the liver due to hernia of the right diaphragm / Y. Peker [et al.] / Hernia. – 2007. – Vol. 11. – P. 63–65.
6. Thoman, D.S. Laparoscopic diaphragmatic hernia repair / D.S. Thoman, T. Hui, E.H. Phillips // Surg. Endosc. – 2002. – Vol. 16. – P. 1345–1349.

7. Rubens de Nadai, T. Diaphragmatic hernia repair more than four years after severe trauma: four case reports / T. Rubens de Nadai [et al.] / Int. J. Surg. Case Rep. – 2015. – Vol. 14. – P. 72–76.
8. Sala, C. Right post-traumatic diaphragmatic hernia with liver and intestinal dislocation / C. Sala [et al.] / Journal of Surgical Case Reports. – 2017. – Vol. 3. – P. 220.
9. Lal, S. Delayed presentation of post traumatic diaphragmatic hernia / S. Lal [et al.] / Journal of Surgical Case Reports. – 2011. – Vol. 7. – P. 6.

D.A. Yasyuchenya, K.V. Asyamov, I.I. Dzizawa, V.V. Salukhov,
A.A. Chugunov, A.B. Bogomolov, A.V. Nikolaev, Yu.R. Grozovsky

The course of delayed right-sided post-traumatic diaphragmatic hernia with dislocation of the liver into the chest cavity

Abstract. *A rare clinical case of delayed post-traumatic hernia of the right dome of the diaphragm with dislocation of the liver into the chest cavity without dysfunction of the liver, lungs, and the absence of hemodynamic disturbances is described. At the outpatient stage, during the planned fluorography in patient N, in the projection of the lower lobe of the right lung, a single round-shaped darkening with dimensions 114×99 mm was revealed. To clarify the diagnosis, the patient was admitted to the clinic of hospital surgery military medical Academy named after S. M. Kirov in a planned manner. Based on the results of the examination and a thorough collection of anamnesis, the final diagnosis was established: «Right-sided post-traumatic hernia with dislocation of the liver into the chest cavity». This complication is extremely rare. The literature describes isolated clinical examples of such a pathology. This is due to the peculiarities of the anatomical structure, namely, with the «protective» function performed by the liver. It prevents other organs of the peritoneal cavity from lobbying into the chest cavity. However, in this unique case, liver migration after a closed abdominal trauma was described. It is not unimportant that this clinical case was accompanied by a meager clinical picture, the absence of complaints from patient N., and normal indicators of the method performance of laboratory diagnostic techniques. The mortality rate for diaphragm ruptures can reach 31% in the first days after injury. Therefore, the diagnosis of diaphragmatic hernia requires exclusion in all patients with chest and / or abdominal trauma.*

Key words: *post-traumatic hernia, liver migration, closed abdominal trauma, diaphragm ruptures, organ prolapse, hernial sac, gastralation, poor clinical picture.*

Контактный телефон: +7-911-038-73-52; e-mail: vmeda-nio@mail.ru