

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РАЗРЫВ ДИАФРАГМЫ, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

Е. Ю. Трони́на, В. И. Байда́н, В. В. Грубни́к

Одесский национальный медицинский университет,
Одесская областная клиническая больница

POSTTRAUMATIC DIAPHRAGMATIC RUPTURE, COMPLICATED BY PLEURAL EMPYEMA

E. Yu. Tronina, V. I. Baydan, V. V. Grubnik

Лечение эмпиемы плевры (ЭП) является одной из наиболее сложных проблем торакальной хирургии. ЭП является тяжелым осложнением воспалительных и гнойно—деструктивных заболеваний легких, травм и оперативных вмешательств [1, 2].

Посттравматическая эмпиема плевры (ПТЭП) чаще всего является осложнением неустраненных посттравматических осложнений, в частности, плеврита, гемоторакса, свернувшегося гемоторакса, нераспознанных открытых и закрытых повреждений диафрагмы. Тяжесть осложнения обусловлена не только высоким риском перехода процесса в хронический и, как следствие, инвалидизацией пациента, но и высокой частотой летального исхода. ПТЭП составляет 6 — 20% в структуре ЭП, летальность достигает 30% [3, 4].

Причиной ЭП при травме диафрагмы может быть истечение желчи, содержимого кишечника или желудка в плевральную полость, некроз ущемленных участков печени, желудка, кишечника [5].

Диагностика закрытого разрыва диафрагмы трудна. Его редко выявляют даже при длительном лечении больных в стационаре. Часто больных выписывают без указания на разрыв диафрагмы, а в последующем — оперируют по поводу травматической диафрагмальной грыжи. Приводим наблюдение.

Больной И., 52 лет, госпитализирован в отделение торакальной хирургии 12.02.13 с жалобами на постоянную боль в левой половине груди, одышку при минимальной физической нагрузке, сухой кашель, общую слабость, повышение температуры тела до 38,5° С, которые беспокоят на протяжении 6 сут.

По данным анамнеза, травма возникла 13.09.11 во время ДТП (сбит автомобилем). С 13.09. по 27.10. пострадавшего лечили в отделении реанимации и травматологии одной из клиник Москвы с диагнозом: политравма, закрытые оскольчатые переломы со смещением отломков правого бедра (чрезвертельный), верхней трети левой большеберцовой кости, головки и верхней трети малоберцовой кости; закрытые переломы IV — IX ребер слева; гемоторакс слева; перелом нижней и верхней челюстей, нижней стенки глазницы справа; сотрясение головного мозга. От плевральной пункции пациент категорически отказался, выписан через 44 дня.

В январе 2013 г. госпитализирован в районную больницу Одесской области с признаками непроходимости

толстой кишки. Выполнена лапаротомия, во время которой диагностирована ущемленная левосторонняя диафрагмальная грыжа с некрозом поперечной ободочной кишки и пряди большого сальника. Произведены френикотомия, резекция поперечной ободочной кишки и большого сальника, дренирование левой плевральной полости, зашивание левого купола диафрагмы, трансверзостомия, дренирование брюшной полости. После операции возникли нагноение раны, нарушение функции плеврального дренажа, в связи с чем он удален. По данным контрольной рентгенографии грудной клетки в нижних отделах левой половины плевральной полости обнаружено гомогенное затенение с горизонтальным уровнем жидкости. Пациент выписан 04.02.13 на 33—й день лечения и направлен в торакальное отделение областной больницы.

Состояние больного средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки бледно—розовые. Сознание ясное. Температура тела 38,2° С. Язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание значительно ослаблено слева в нижних отделах, там же при перкуссии отмечена тупость, частота дыхания 22 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, АД 17,3/10,7 кПа (130/80 мм рт. ст.). Живот мягкий, безболезненный. Трансверзостома функционирует. Анализ крови: сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лейкоцитов 10×10^9 в 1 л.

По данным компьютерной томографии органов грудной полости уменьшение объема левой половины плевральной полости вследствие высокого стояния левого купола диафрагмы из—за осумкованного содержимого плотностью +16 — 32 ед. Н с пузырьками воздуха.

Учитывая наличие дыхательной недостаточности, первым этапом лечения 12.02.13 осуществлено дренирование левой половины плевральной полости, аспирировано около 1000 мл зловонного гноя и воздуха. Герметизм нестойкий из—за наличия легочно—плеврального свища.

13.02.13 под общим обезболиванием с проведением однолегочной вентиляции выполнена видеоторакоскопия. Диагностированы остаточная полость между диафрагмой, легким и грудной стенкой с гнойным содержимым (600 мл), фибринозно—некротические массы, свищ диаметром около 2 мм в S_{VI} сегменте, что соответствовало ЭП II стадии (по Г. И. Лукомскому) [2]. Произведена декорткация легкого, удалены некротические

массы, разъединены фиброзные сращения, осуществлено аппаратное зашивание свища в S_{VI} сегменте, направленное дренирование плевральной полости.

Течение послеоперационного периода без осложнений. Проводили проточно—аспирационную санацию плевральной полости, антибактериальную терапию с учетом данных бактериологического исследования (*Escherichia coli* со среды накопления, чувствительная к амикацину, меропенему, цефоперазону, сульбактамаксу), противовоспалительную и симптоматическую терапию. По данным контрольной рентгеноскопии органов грудной клетки отмечено полное расправление легких, отсутствие уровней жидкости. Учитывая небольшое количество фибринозно—гнойного отделяемого по дре-

нажам, пациент выписан для амбулаторного лечения на 13—е сутки.

Осмотрен через 2 нед, состояние удовлетворительное, стойкий герметизм в плевральной полости, отсутствие отделяемого по дренажам, которые удалены.

Приведенное наблюдение иллюстрирует эффективность применения видеоторакоскопических вмешательств по поводу ПТЭП, которые дают возможность не только провести топическую диагностику, но и выполнить полноценную радикальную санацию полости ЭП, уменьшить продолжительность лечения больных в стационаре, избежать выполнения открытых более травматичных оперативных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возможности торакографии при эмпиеме плевры / Л. Н. Бисенков, А. П. Чуприна, Д. В. Гладышев [и др.] // Материалы 13—го Нац. конгр. по болезням органов дыхания. — СПб., 2003. — С. 43.
2. Лукомский Г. И. Неспецифическая эмпиема плевры / Г. И. Лукомский. — М.: Медицина, 1976. — 286 с.
3. Аскерханов Г. Р. Осложнения поздних проявлений ранения левого купола диафрагмы / Г. Р. Аскерханов, А. Х. Халилов, М. И. Магомедов // Материалы Всерос. конф. хирургов, посвящ. 85—летию Р. П. Аскерханова. — Махачкала, 2005. — С. 259.
4. Posttraumatic empyema. Risk factor analysis / M. M. Aguilar, F. D. Battistella, J. T. Owings, T. Su // Arch. Surg. — 1997. — N 6. — P. 647 — 650.
5. Diaphragmatic injuries / V. O. Adegboye, J. K. Ladipo, O. A. Adebo, A. I. Brimmo // Afr. J. Med. Sci. — 2002. — N 2. — P. 149 — 153.

