

При рентгенологическом исследовании грудной клетки на 18-й день после операции обнаружено небольшое количество газа и жидкости в плевральной полости.

В дальнейшем при исследовании больного в вертикальном и горизонтальном положениях с помощью контрастной массы, данной внутрь, и контрастной клизмы отмеченного до операции перемещения желудка и части толстого кишечника в грудную полость уже не определялось. Иначе говоря, грыжа была ликвидирована.

Особенности данного наблюдения — в том, что у Л. диафрагмальная грыжа, по всей вероятности, развилась вследствие подкожного разрыва диафрагмы, которое имело место в 1943 г., когда больной был контужен с переломом одного из ребер с левой стороны.

Корабельников в вышедшей в 1951 г. монографии («Травматические диафрагмальные грыжи») пишет, что действие силы на грудь и живот одновременно может привести к разрывам в различных отделах диафрагмы, в зависимости от направления равнодействующей силы внутригрудного и внутрибрюшного давления.

Диафрагмальная щель у наблюдаемого нами больного оказалась настолько широкой, что допускала свободное перемещение органов из брюшной полости в грудную при простой перемене положения туловища.

Сменой положения внутренностей, вероятно, и объясняется отсутствие сращений между краями щели и выпадающими в грыжу органами.

Приводя данное наблюдение, мы имели в виду показать, как необходимо при всех случаях разрешившейся кишечной непроходимости (что имело место у нашего больного) тщательное последующее исследование для выяснения истинной причины кишечной непроходимости.

Торакальный подход к грыже в данном случае полностью себя оправдал.

С рентгенологической точки зрения интерес данного случая заключается в том, что в момент очередного ущемления кишечной петли в грыжевом отверстии и резкого растяжения этой петли газами рентгенологическая картина напоминала левосторонний спонтанный пневмоторакс.

Через 2 года после операции гр-н Л. посетил больницу. Состояние его здоровья хорошее.

Поступила 14 января 1958 г.

ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Доц. Н. П. МЕДВЕДЕВ

Из кафедры общей хирургии (зав.— проф. В. Н. Шубин) Казанского медицинского института и хирургического отделения Республиканской клинической больницы ТАССР

Как известно, диафрагмальные грыжи делятся на врожденные и приобретенные. Приобретенные диафрагмальные грыжи образуются, как правило, в результате травмы. Справа травматические грыжи встречаются редко. Вследствие выхода внутренних органов в грудную полость, легкое спадается, и происходит смещение сердца.

Больные, как правило, жалуются на боли в грудной клетке и животе, рвоту, одышку, затруднение глотания. Высокое стояние желудка и его неправильное положение сопровождаются нарушением его перистальтики и гастритом. Перегибы сосудов кишечника, поджелудочной железы, селезенки вызывают значительные боли в верхней части живота. Отмечаются нарушения со стороны органов грудной клетки, вследствие

сдавления легкого и перемещения сердца, а также крупных сосудов средостения.

В пропедевтическую хирургическую клинику КГМИ 7 августа 1957 г. поступил гражданин Н., 45 лет, с жалобами на боли в грудной клетке, преимущественно слева, возникающие после еды через 0,5—1 час. Больной принимает пищу малыми порциями, так как от большого количества принятой пищи испытывает одышку.

В 1943 г. на фронте, во время аварии автомашины, он получил травму в области грудной клетки с переломом ребер и позвоночника. Длительное время лечился в госпитале, где диагноз диафрагмальной грыжи не был поставлен.

После выписки из госпиталя постоянно испытывает боли в грудной клетке, особенно после приема пищи. Часто отмечаются отрыжка, тошнота, рвота, и временами возникают приступообразные боли в животе.

Общее состояние больного удовлетворительное, температура нормальная. Больной правильного телосложения. В области 8—10 грудных позвонков — деформация, болезненность при ощупывании позвоночника. При исследовании легких слева, на уровне 3-го ребра, определяются тимпанит, ослабленное дыхание. Живот правильной конфигурации, мягкий, болезненный при пальпации в левом подреберье и в подложечной области. Печень и селезенка не прощупываются.

15 августа 1957 г. рентгеноскопия грудной клетки. Левый купол диафрагмы располагается на уровне 4-го ребра; большой горизонтальный уровень жидкости. Выше купола — вторая тень по форме диафрагмы. Сращение плевры по междолевой щели слева в медиальном отделе. Сердце смещено вправо. Рентгенологический диагноз: левосторонняя диафрагмальная грыжа.

После соответствующей подготовки 22 августа 1957 г. произведена операция с предварительной вагосимпатической левосторонней блокадой.

Под местной анестезией между 7—8 ребрами слева произведен разрез, вскрыта плевра, 7 ребро пересечено поднадкостнично в области шейки. В грудной полости находились желудок, селезенка, поперечноободочная кишка и часть левой доли печени. Желудок и селезенка прочно спаяны со стенкой грудной клетки. Спайки рассечены, селезенка отделена, произведена анестезия симпатических узлов. Диафрагма мобилизована из рубцов, и внутренности вправлены в брюшную полость. Дефект в диафрагме размером 20×15 см² ушит шелковыми швами. Грудная и брюшная полость орошены пенициллином. Рана зашита, воздух из плевры удален. Операция длилась 2 часа 40 мин. Во время операции перелиты кровь в количестве 200 мл, противошоковая жидкость — 100 мл, плазма — 300 мл, 60 мл 40% глюкозы и подкожно — 400 мл физиологического раствора.

После операции назначены антибиотики и сердечные средства.

24 августа температура — 37,3—38°.

Общее состояние хорошее, живот мягкий, газы отходят, пульс 86 в 1 мин, хорошего наполнения. При пункции плевры добыто около 300 мл жидкой крови, удален воздух. 29 августа температура — 36,7—38°.

При рентгеноскопии грудной клетки: слева, над диафрагмой, определяется уровень пульсирующей жидкости до 5-го ребра. Выше уровня жидкости — пневмоторакс. Сердце и крупные сосуды смещены вправо.

При пункции плевры удалены воздух и 720 мл желтовато-бурой жидкости, введен раствор пенициллина. Швы сняты, заживление первичным натяжением. Общее состояние удовлетворительное, болей в животе и грудной клетке нет.

В течение последующих дней у больного постоянно субфебрильная температура. 27 сентября температура — 36,8—38°.

Рентгеноскопически: слева, в нижнем поле, гомогенное затемнение непосредственно над куполом диафрагмы, за счет плевральных наслоений. Не исключается небольшое количество осумкованной жидкости. В области корня левого легкого определяются тяжи. Сердце с учащенной пульсацией. Левый купол диафрагмы плохо дифференцируется, поднят и фиксирован.

2 октября при осмотре обнаружены краснота, припухлость в области операционного рубца, флюктуация.

Под местным хлорэтиловым обезболиванием произведен разрез в области припухлости. Выделилось около 150 мл гноя. При кашле отделение гноя усиливается и слышно засасывание воздуха в плевру.

После разреза температура снизилась до нормы.

24 октября дыхание не затруднено, температура нормальная. В области операционного рубца гранулирующая рана небольших размеров, без гнойного отделяемого. В хорошем состоянии выписан домой.

Через 4 месяца после операции сообщил, что чувствует себя хорошо, болей в животе и грудной клетке нет, температура нормальная, аппетит хороший.

Оперативное вмешательство является единственным мероприятием, которое может избавить больного от такого тяжелого страдания.

Поступила 14 января 1958 г.