

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ МЕЖРЕБЕРНЫЕ ГРЫЖИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Татур А. А., Пландовский А. В., Протасевич А. И.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Гончаров А. А., Кардис В. И., Скачко В. А., Климович А. Е.

*УЗ «10-я городская клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Межреберные грыжи (МРГ) являются редкой патологией. Этиологическими факторами их возникновения является открытая и закрытая травма груди (ЗТГ), реже – торакоабдоминальные оперативные вмешательства и спонтанный разрыв межреберных мышц (МРМ). В основе патогенеза в зависимости от причины и локализации МРГ лежат разрывы и атрофия на ограниченном участке МРМ, замедленная консолидация переломов костных и хрящевых отрезков ребер, повышение внутриплеврального и внутрибрюшного давления.

Цель. Выявить причины развития, оценить результаты диагностики и хирургического лечения 11 пациентов с МРГ по разработанной в клинике методике.

Материалы и методы. В 2004–2015 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе отделения торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска оперативное лечение после клинорентгенологического обследования проведено 11 пациентам с МРГ. 8 пациентов были мужского пола, 3 – женского в возрасте от 47 до

72 лет. Их средний возраст составил $53 \pm 2,8$ лет. Жителей г. Минска было 9, других регионов Беларуси – 3.

Результаты и обсуждение. Сроки от момента появления грыжевого выпячивания до госпитализации варьировали от 4 мес. до 2 лет. У мужчин левосторонние МРГ развились после ЗТГ с переломом ребер – 3, торакофренолапаротомии, проксимальной резекции желудка и нижней трети пищевода – 1, лапаролюмботомии, нефрэктомии – 1, а правосторонние после ЗТГ – 2, в результате спонтанного разрыва МРМ – 1. У женщин МРГ слева развились после лапаролюмботомии, нефрэктомии у 1, а справа – после переднебоковой торакотомии, пластики митрального клапана – у 1, ЗТГ у 1. Таким образом, ЗТГ отмечена в анамнезе у 7 пациентов, операционная травма – 4, спонтанный разрыв МРМ – только 1. Левосторонние МРГ были у 55 % пациентов, правосторонние – 45 %. Грыжевые ворота локализовались на передней и боковой поверхности грудной клетки с локализацией справа в 5 межреберье у 2 пациентов, в 6-м – 1, в 7-м – 1, 10-м – 1, а слева – в 9-м – 3, в 7-м – 2, в 6-м – 1. У 6 пациентов грыжевые ворота занимали межреберный промежуток, у 4 – локализовались в зоне диастаза хрящевых отрезков ребер в области реберных дуг, у 1 – в области резецированных 5–6 ребер.

Все пациенты предъявляли жалобы на наличие опухолевидного выпячивания в области травматического или послеоперационного дефекта грудной стенки. Выраженный болевой синдром, усиливающийся при физической нагрузке и кашле, отмечен у 9 пациентов, у 2 больных он отсутствовал. Грыжевое выпячивание имело округлую или овальную форму и увеличивалось при выполнении пробы Вальсальвы. У 7 пациентов МРГ были «легочными» («*pulmonary hernia*»), у 3-х при локализации грыжевых ворот в области реберных дуг в грыжевом мешке находились петли тонкой и толстой кишок, большой сальник, а у 1-го МРГ была трансдиафрагмальной с выходением в двухкамерный грыжевой мешок, как легкого, так и петель тонкой кишки. Для верификации МРГ выполняли рентгенографию и рентгеноскопию ОГК с выполнением пробы Вальсальвы. Наиболее информативным методом диагностики является МСКТ, которая в аксиальной, сагитальной и коронарной проекциях позволяет четко определить локализацию и размеры грыжевых ворот, характер грыжевого содержимого. При ношении бандажной повязки сформированные МРГ не разрешаются, имеют тенденцию к увеличению и могут осложняться ущемлением. Показаниями к плановому хирургическому лечению МРГ явились рецидивы ущемления легочного сегмента с болевым синдромом, риск ущемления органов брюшной полости, нестабильность грудной клетки, а также косметический дефект. В хирургическом лечении МРГ для пластики грыжевых ворот применяются, как аутоим- и остеопластические методики, так и синтетические и биологические протезы. Все 11 пациентов были оперированы нами в плановом порядке с использованием для герниопластики мобилизованных аутоотканей у 10 и пластины «Биокарда» у 1 пациента по разработанной в клинике методике.

Метод оперативного закрытия «грыжевых ворот» выбирали в зависимости от локализации и размеров грыжевых ворот, которые варьировали от небольших 2–3x4–6 см у 4 пациентов до гигантских 7–8x10–12 см

у 7. После разреза кожи и подкожной клетчатки в проекции грыжевого выпячивания выполняли мобилизацию растянутых мышц грудной (или) брюшной стенок в этой зоне с формированием верхнего и нижнего лоскутов. Далее проводили выделение из сращений, образующих грыжевые ворота ребер, МРМ и грыжевого мешка, который вскрывали и его содержимое после висцеролиза погружали в соответствующую полость. Характерно, что у всех пациентов с «легочными» МРГ имелись рубцово-склеротические изменения кортикальных отделов легкого, как результат периодических ущемлений. После ушивания МРМ у 6 пациентов были наложены перикостальные швы, у 4 выполнено восстановление реберных дуг перихондральными швами, у 1 дефект в зоне ранее резецированных 5–6 ребер закрыт пластиной «Биокарда». Вмешательство завершали выполнением дубликатурной пластики с использованием ранее мобилизованных мышечных лоскутов грудной или брюшной стенок с активным дренированием зоны операции, ушиванием раны и наложением бандажной повязки с пелотом. Дренажи удаляли на 3–4 сутки. В раннем послеоперационном периоде у одной пациентки после восстановления левой реберной дуги отмечена торакалгия, которая была купирована консервативными мероприятиями. При обследованиях в отдаленном послеоперационном периоде рецидивов МРГ не выявлено.

Выводы.

1. У 91 % пациентов МРГ явились осложнением ЗТГ с переломами ребер или хирургического доступа на передней и боковой поверхности грудной клетки.

2. В зависимости от локализации МРГ содержимым грыжевого мешка были легкие, петли кишечника, большой сальник, а при трансдиафрагмальной грыже – их сочетание.

3. Если при наружном осмотре и пальпаторно с имитацией повышения внутриплеврального или внутрибрюшного давления в межреберном промежутке выявляется грыжевое выпячивание, показано проведение МСКТ, которая позволяет четко верифицировать наличие МРГ, ее индивидуальные особенности и спланировать рациональный операционный доступ и объем вмешательства.

4. Грыжесечение, ликвидация дефекта костно-хрящевой каркаса с дубликатурной мышечной или аллопластикой биопротезом пластиной в специализированном центре является высокоэффективным методом коррекции МРГ и реабилитации пациентов после перенесенных травм и операций.