

Травмы диафрагмы.
Этиология. Патогенез.
Клиника. Диагностика.
Лечение

Выполнила: Воротникова Ю.А.
Группа 1608
Лечебный факультет
Преподаватель: Криковцов А.С

Травмы диафрагмы

- – это повреждения грудобрюшной преграды, возникающие в результате воздействия внешних факторов.
- Травмы диафрагмы встречаются в 0,5-5% случаев всех сочетанных повреждений.



Этиология

- Причиной открытых травм диафрагмы являются огнестрельные или колото-резаные торакоабдоминальные ранения, чаще встречающиеся в период военных действий.
- В мирное время преобладают закрытые травмы, возникающие вследствие дорожно-транспортных происшествий, при падении с высоты.
- К разрыву диафрагмы иногда приводит компрессия грудной клетки или живота при сдавлении тяжелым предметом.

Патогенез

- Открытые повреждения диафрагмы очень редко бывают изолированными. Обычно колюще-режущий предмет или пуля (при огнестрельном ранении) проходит из грудной полости в брюшную или наоборот, травмируя диафрагму, а также прилежащие к ней ткани и органы.
- При закрытом ранении разрывы диафрагмы обусловлены чрезмерным натяжением органа, возникающим из-за сдавления рёбер или живота. Дефект грудобрюшной преграды может также образоваться при её повреждении отломками рёбер.

Патогенез

- Из-за разницы давления в грудной и брюшной полостях желудок, петли кишечника, селезёнка, реже печень и желчный пузырь пролабируют в грудную клетку, поджимают лёгкие и средостение, могут ущемиться в образовавшемся отверстии. Повреждение крупных сосудов становится причиной массивных внутренних кровотечений. Прилежащие к диафрагме листки плевры имеют большое количество болевых рецепторов. Раздражение этих рецепторов при чрезмерном натяжении плевры из-за пролапса органов или её повреждения, травмы других органов и массивная кровопотеря потенцируют развитие травматического шока.

Классификация

- **Открытые**
- Возникают при проникающем ранении живота или груди:
- С преимущественно абдоминальными повреждениями. Преобладают признаки ранения органов живота. Травма ОГК незначительная. Явления гемо- или пневмоторакса отсутствуют.
- С превалирующими торакальными поражениями. На первый план выходят симптомы тяжёлой травматизации плевры и лёгкого, выраженная дыхательная недостаточность.
- С признаками торакоабдоминальной травмы. Ярко выражены проявления ранений органов обеих полостей.
- **Закрытые**
- Не сопровождается нарушением целостности кожных покровов. Раневой канал отсутствует. Клиническая картина определяется размерами разрыва и степенью пролабирования органов живота в полость груди.

Клиника

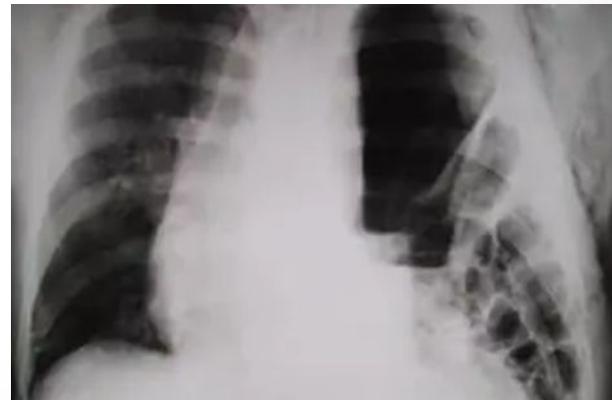
- Зависит от величины разрыва и наличия сочетанных повреждений других органов.
- Патогномоничным симптомом диафрагмальной травмы является болезненность в области мечевидного отростка грудины. Иногда появляется некупируемая икота.
- При открытых травмах всегда присутствует глубокий раневой канал, нередко имеющий выходное отверстие.
- Ранение с повреждением брюшной полости характеризуется картиной острого живота. Пациенты принимают вынужденное положение, беспокойны.

Клиника

- Травмы грудной клетки с повреждением диафрагмы часто сопровождаются кровохарканьем. Из-за раздражения большого количества рецепторов париетального и висцерального листков плевры может развиваться плевропульмональный шок, характеризующийся нарушением гемодинамики и выраженной респираторной недостаточностью. Резкое снижение артериального давления, тахикардия, бледность кожных покровов, слабость, нарушение сознания наблюдаются при значительной кровопотере, обусловленной ранением крупных кровеносных сосудов.

Диагностика

- Выполняется рентгенография и КТ грудной полости, КТ брюшной полости. Выявить разрыв на рентгенограмме можно только при пролапсе органов пищеварения в область грудной клетки. Для уточнения локализации травматического дефекта грудобрюшной перегородки, дифференциальной диагностики травмы и релаксации органа осуществляется контрастная рентгенография желудка либо ирригография. Просматривается желудок или петли кишечника в левой половине грудной клетки, определяется смещение пищевода.





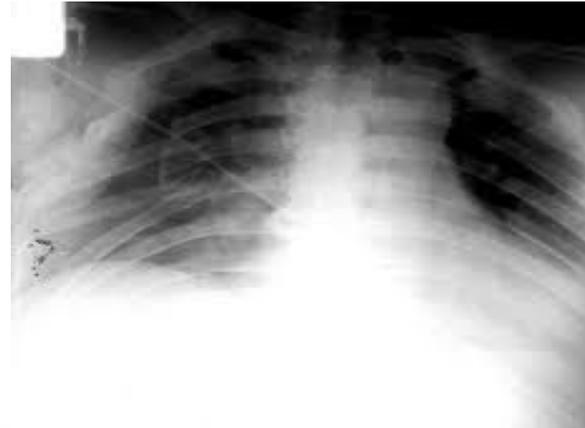
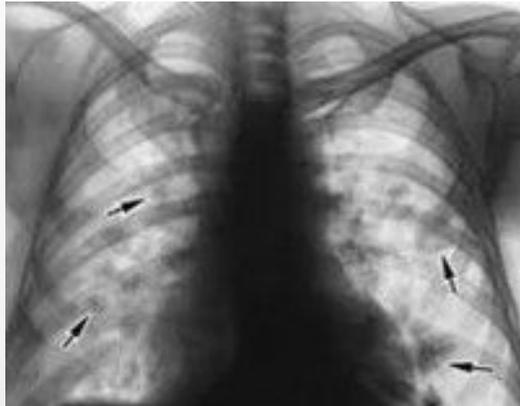
КТ органов грудной клетки.
Травматическая эвентрация
кишечника, сальника в грудную
полость



КТ органов грудной
клетки/брюшной полости.
Травматический дефект в передних
отделах диафрагмы справа с
эвентрацией кишечника, сальника,
кровеносных сосудов в грудную
полость

Диагностика

- УЗИ ОБП и УЗИ плевральной полости даёт возможность подтвердить наличие диафрагмального дефекта, смещение ОБП, наличие свободной жидкости в обеих полостях. Наблюдается высокое стояние одного из куполов диафрагмы. Левосторонний разрыв сопровождается разъединением плевральных листков с появлением неоднородного содержимого между ними. При правостороннем дефекте обнаруживается необычно высокое расположение печени – её верхний край может находиться на уровне второго ребра.
- Лапароскопия, видеоторакоскопия.
- Видеоторакоскопия выполняется осторожно, верхним доступом из-за опасности повредить пролабирующие органы.



Лечение

- Назначается адекватное обезболивание. Выполняется остановка кровотечения и восполнение ОЦК путем внутривенного вливания коллоидных плазмозаменителей и кристаллоидных растворов. Восстанавливается проходимость дыхательных путей, производится подача увлажнённого кислорода. Артериальная гипотензия купируется введением прессорных аминов.
- В хирургическом стационаре осуществляется предоперационная подготовка, включающая в себя устранение пневмо- и гемоторакса, постановку назогастрального зонда и удаление содержимого желудка. Все эти мероприятия проводятся на фоне продолжающейся инфузионной терапии. Непосредственно во время операции выполняется прошивание кровоточащих сосудов, восстановление целостности внутренних органов, удаление патологического содержимого из полостей.

Лечение

- Объем оперативного вмешательства зависит от давности повреждения и состояния органов, перемещённых в плевральную полость (при наличии подобной патологии). Из-за отсутствия прочных сращений в течение нескольких часов или дней после травмы низведение осуществляется легко, лапаротомным доступом. При невозможности этой манипуляции или ущемлении органов дополнительно производится торакотомия. После восстановления нормального расположения внутренних органов производится ушивание дефекта диафрагмы. В послеоперационном периоде контролируются и корригируются витальные функции, назначается антибактериальная терапия.