



Б. С. Запорожченко,
И. Е. Бородаев,
О. Б. Зубков, В. Н. Качанов,
И. В. Шарапов, Л. М. Бобрик

Одесский национальный
медицинский университет

Одесский областной
медицинский клинический
центр

© Коллектив авторов

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО «ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА» ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ?

Резюме. В работе приведен опыт хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) у 140 больных. У 48 пациентов с грыжей ПОД 1-2-3 степени в виду неэффективности консервативной терапии выполнены лапароскопические вмешательства. У 6 больных в сроки от 1 до 3 лет наступил рецидив грыжи ПОД. У 87 больных с гигантскими грыжами ПОД выполнены «открытые» оперативные вмешательства, рецидивов в этой группе не наблюдалось. Данные субъективной и объективной оценки состояния у 96% больных продемонстрировали хороший эффект в отдаленные сроки после «открытых» операций по поводу гигантских грыж ПОД.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, скользящая грыжа, параэзофагеальная грыжа, «открытые» операции.

Введение

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) — одно из самых распространенных заболеваний в гастроэнтерологической практике. Массовые обследования позволили выявить грыжи ПОД почти у трети взрослого населения Украины, что совпадает с данными зарубежных статистик [5, 6]. Особую проблему хирургов вызывают грыжи ПОД больших размеров (гигантские грыжи). Эти грыжи по частоте занимают второе место среди заболеваний диафрагмы. Спорным и до конца не решенными вопросами является определение показаний к хирургическому лечению грыж ПОД и выбор оптимальной методики оперативного вмешательства. Так принято считать, что грыжи 1-2 степени подлежат исключительно консервативному лечению, однако у ряда больных оно неэффективно. Большинство современных авторов считает лапароскопические вмешательства «операцией выбора» у больных рефлюксной болезнью пищевода и грыжей ПОД 1-2 степени [1, 2, 4, 6]. Вместе с тем, среди исследователей нет единства мнения в отношении выбора оптимального метода оперативного вмешательства при больших и гигантских грыжах ПОД и рефлюксной болезни с укорочением пищевода, пищевода Баррета. У данной категории больных часто развиваются тяжелые осложнения, такие как кровотечение, высокая острая желудочная или кишечная непроходимость, пептическая стриктура и язва пищевода, рак пищевода. Такие грыжи требуют хирургического лечения, причем часто в ургентном порядке, однако проблема выбора метода оперативного вмешательства, пути улучшения результатов опера-

ции при разных видах грыж и ряд других вопросов остаются предметом широкого обсуждения [2, 3, 5, 7].

Цель работы

Обосновать выбор оптимальных методов оперативного лечения у больных с кардиофундальными, субтотальными и тотальными желудочными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Материалы и методы исследований

В клинике хирургии №2 ОНМедУ находилось на лечении 140 больных с грыжами ПОД и рефлюксной болезнью, которым было проведено обследование и лечение за период с 2005 по 2014 гг. Всего было мужчин — 75 мужчин и женщин — 64 в возрасте от 22 до 77 лет (средний возраст составил — 54,7 года). В работе мы использовали классификацию ПОД Б. В. Петровского и Н. Н. Каншина (1963), выделяющую грыжи скользящего и параэзофагеально-го типов.

У 48 больных с грыжей ПОД 1-2 и 3 степени в виду неэффективности консервативной терапии, выполнены лапароскопические методы оперативных вмешательств (таб. 1).

Таблица 1

Лапароскопические операции у больных с грыжей ПОД 1-2 степени

Вид операции	Количество больных
ЛС частичная передняя фундопликация по Дору	10
ЛС задняя фундопликация по Тупе	5
ЛС фундопликация по Ниссену	33
ЛС задняя гастропексия по Хиллу	2
Всего	48

Наиболее частым видом операции была лапароскопическая частичная передняя фундопликация по Дору — у 10 больных, фундопликация по Ниссену — у 33, реже — задняя фундопликация по Тупе (у 5 больных), задняя гастропексия (с недавнего времени) по Хиллу у 2 больных. Осложнений после оперативного вмешательства не было.

В группе пациентов со скользящими грыжами ПОД 3-4 степени было 46 больных. «Открытая» операция была выполнена 42 больным. Основные причины отказов от радикальных вмешательств в этой группе, ассоциированных с рефлюкс-эзофагитом, были обусловлены тяжелыми сопутствующими заболеваниями у 4 больных. В группе оперированных пациентов был 31 мужчина и 11 женщин, в возрасте от 22 до 75 лет (средний возраст — 50,0 лет). Укорочение пищевода 1 степени (до 4 см) было у 2 больных, у остальных выявлено укорочение пищевода 2 степени (более 4 см). У 17 пациентов была выявлена большая кардиофундальная грыжа ПОД, у 3 — субтотальная желудочная, у 1 — тотальная желудочная грыжа ПОД.

У всех больных при обследовании были выявлены признаки различной степени эзофагита. У 10 пациентов был тяжелый рефлюкс-эзофагит. У 13 больных этой группы (28,2%) были выявлены сопутствующие заболевания. В анамнезе у 14 больных (30,4%) были множественные курсы консервативной антисекреторной, антирефлюксной терапии.

«Открытые» оперативные вмешательства по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы параэзофагеального типа, осложненной рефлюкс-эзофагитом, были выполнены 45 больным, причём у 6 из них были сделаны сочетанные операции (холецистэктомия у 5 и полипэктомия желудка у 1 пациента).

Операции, выполненные больным с грыжами ПОД, указаны в табл. 2.

Таблица 2

Хирургические вмешательства у больных с грыжами ПОД

Вид операции	Количество больных
Фундопликация по Ниссену	32
Эзофагофундорафия, крурорафия	19
Фундопликация. Селективная проксимальная ваготомия	13
Крурорафия, пилоропластика	6
Реконструктивная фундопликация, крурорафия	10
Ваготомия, пилоропластика, крурорафия	5
Гастропликация по Collis	2
Всего	87

Низведение желудка, задняя крурорафия в сочетании с эзофагофундорацией были выполнены 19 больным с гигантскими скользящими грыжами ПОД с легкой и средней степенью рефлюкс-эзофагита. Преобладали боль-

ные с субтотальным и тотальным смещением желудка в грудную полость, что отмечалось у 12 больных. У 10 больных с грыжами ПОД содержимым грыжевого мешка был желудок, пряди сальника и толстая кишка.

У 32 больных было выполнено низведение желудка, фундопликация по Ниссену.

Показаниями к фундопликациям явились кардиофундальная или субтотальная желудочная грыжи, тяжелый рефлюкс-эзофагит, не сопровождающийся развитием осложнений. У одного больного было отмечено интраоперационное осложнение (надрыв селезенки, кровотечение было остановлено коагуляцией). Еще у одной больной, оперированной по поводу грыжи ПОД 4 степени, в раннем послеоперационном периоде развился абсцесс сальниковой сумки, как следствие послеоперационного панкреатита, потребовавший повторных санаций брюшной полости и длительного лечения.

У больных с укорочением пищевода более 4 см выполнена гастропластика по Collis (2 пациента). Эта операция оправдана в ситуации, когда грыжа ПОД протекает с выраженным укорочением пищевода, но нет развития тяжелых осложнений рефлюкс-эзофагита. Применение гастропластики, в последнее время, ограничено, хотя она может оставаться «операцией резерва», в том числе использоваться в качестве повторного вмешательства и у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Реконструктивная фундопликация выполнена у 10 больных, которым были ранее выполнены лапароскопические хирургические вмешательства в других лечебных учреждениях по поводу грыжи ПОД. У всех 10 пациентов имел место возврат симптомов основного заболевания в сроки от 1 года до 3 лет.

Хорошие непосредственные функциональные результаты были получены у всех больных, оперированных по поводу скользящей грыжи ПОД 2-3 степени. Во всех случаях удалось достичь купирования клинической симптоматики рефлюкс-эзофагита и грыжи ПОД. У четырех больных после антирефлюксных операций на кардии в раннем послеоперационном периоде развились осложнения, потребовавшие дополнительного лечения (14,3 %) Характер осложнений показан в табл. 3.

Таблица 3

Осложнения после операций по поводу грыж ПОД

Характер осложнений	Количество больных
Абсцесс сальниковой сумки	1
Обострение хронического обструктивного заболевания легких	1
Нагноение операционной раны	1
Эвентерация	1
Всего	4



У одной больной, в послеоперационном периоде, на 7 сутки возникла клиника острого перитонита. При релапаротомии выявлен абсцесс сальниковой сумки, как следствие послеоперационного панкреатита. Произведена резекция измененного участка сальника, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. После проведенной терапии состояние улучшилось, больная была выписана.

Обострение хронического обструктивного заболевания легких осложнило течение раннего послеоперационного периода у 1 больного страдающего бронхоэктатической болезнью.

Общая продолжительность госпитализации у больных составила ($29,4 \pm 2,4$) суток, среднее время пребывания в стационаре после операции — ($12,4 \pm 1,4$) суток. На продолжительность лечения повлиял тот факт, что большинству больных в предоперационном периоде потребовалась серьезная подготовка (гемотрансфузии, активное противоязвенное или антирефлюксное лечение), коррекция сопутствующих заболеваний. Сопутствующие заболевания были выявлены у 7 из 24 больных этой группы (70,8 %). Преобладали пациенты с заболеваниями сердечнососудистой системы, что обусловлено принадлежностью большинства к старшим возрастным группам. У 8 больных в анамнезе были желудочно-кишечные кровотечения (33,4 %), из слизистой нижней трети пищевода, как проявления эрозивного эзофагита.

Отдаленные результаты изучены у 25 пациентов (у 12 из группы со скользящими грыжами ПОД и у 13 из группы с параэзофа-

геальными грыжами ПОД). Результаты были оценены на основании непосредственного осмотра и обследования больных, изучения медицинских документов, а также данных анкетирования. Больным выполнялась рентгенография пищевода и желудка, а также эзофагогастродуоденоскопия. Данные объективного обследования ни в одном случае не выявили признаков рецидива грыжи ПОД, а также тяжелых воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода. Эти больные не предъявляли никаких жалоб после операции. Произведенные вмешательства, направленные на низведение содержимого грыжевого мешка и ушивание грыжевых ворот (крурорафия) и фундопликация по Ниссену оказались эффективными.

Выводы

Таким образом, данные субъективной и объективной оценки состояния больных продемонстрировали хороший эффект в отдаленные сроки после «открытых» операций по поводу гигантских грыж ПОД. В группе больных со скользящими грыжами после перенесенных операций у 96% больных зафиксирован хороший результат вмешательства, что подтверждает правильность отбора больных и установления показаний к различным хирургическим методикам. Основными критериями при выборе хирургической методики следует считать степень укорочения пищевода, тяжесть воспалительных изменений слизистой пищевода, а также наличие осложнений рефлюкс-эзофагита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галимов О.В. Новый метод хирургической коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы / О. В. Галимов, В.О. Хазанов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 2007. — № 166 (1). — С.65-66.
2. Инструментальная диагностика рефлюкс-эзофагита / А. С. Ермолов, Т. П. Пинчук, М. М. Абакумов [и др.] // Хирургия. — 2003. — № 10. — С. 25-32.
3. Черноусов Ф. А. Опыт хирургического лечения гигантских параэзофагеальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы / Ф. А. Черноусов, Д. Е. Лишов // Грудная и сердечнососудистая хирургия. — 2007. — №2. — С. 43-46.
4. Identification of hiatal hernia by esophageal manometry: is it reliable? / A. Agrawal, R. Tutuian, A. Hila [et al.] // Dis Esophagus. — 2005. — № 18(5). — P. 316.
5. Relationship between the size of hiatal hernia and esophageal acid exposure time in erosive and non-erosive reflux disease / Abrahao L. J. Jr, E.V. Lemme, B.B. Carvalho [et al.] // Arq Gastroenterol. — 2006. — № 43(1). — P. 7-40.
6. Blum M. G. Giant hiatal hernia with gastric volvulus complicating pneumonectomy / M. G. Blum, R. S. Sundaresan // Ann. Thorac. Surgery. — 2006. — № 81(4). — P. 1491-1492.
7. Surgical repair of recurrent hiatal hernia / M. Haider, A. Iqbal, V. Salinas, [et al.] // Hernia. — 2006. — № 10(1). — P. 13-19.



ЧИ Є ЛАПАРОСКОПІЧНЕ
ВТРУЧАННЯ «ОПЕРАЦІЄЮ
ВИБОРУ» ПРИ ГРИЖАХ
СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ
ДІАФРАГМИ І РЕФЛЮКСНОЇ
ХВОРОБИ?

*Б. С. Запорожченко,
І. Є. Бородаєв, О. Б. Зубков,
В. М. Качанов, І. В. Шаранов,
Л. М. Бобрик*

Резюме. У роботі наведено досвід хірургічного лікування гриж стравохідного отвору діафрагми (ПОД) у 140 хворих. У 48 пацієнтів з грижею ПОД 1-2-3 степеню на увазі неефективності консервативної терапії виконані лапароскопічні втручання. У 6 хворих в терміни від 1 до 3 років наступив рецидив грижі ПОД. У 87 хворих з гігантським грижами ПОД виконані «відкриті» оперативні втручання, рецидивів в цій групі не спостерігалось. Дані суб'єктивної та об'єктивної оцінки стану у 96% хворих продемонстрували добрий ефект у віддалені терміни після «відкритих» операцій з приводу гігантських гриж ПОД.

Ключові слова: кила стравохідного отвору діафрагми, що ковзає кила, параезофагеальна кила, «відкриті» операції.

IS LAPAROSCOPIC
INTERVENTION
«OPERATION OF CHOICE»
IN HIATAL HERNIA AND
REFLUX DISEASE?

*B. S. Zaporozhchenko,
I. E. Borodaev, O. B. Zubkov,
V. N. Kachanov, I. V. Sharapov,
L. M. Bobrik*

Summary. The paper shows the experience of surgical treatment of hiatal hernias in 140 patients. In 48 patients with hernia 1-2-3 degree mean inefficiency of conservative therapy performed laparoscopic procedures. In 6 patients in terms from 1 to 3 years occurred hernia recurrence. In 87 patients with giant hernias under perform «open» surgery, recurrence in this group was not observed. These subjective and objective assessment of the state in 96 % of patients showed good effect in late after «open» surgery for giant hiatal hernias.

Key words: hiatal hernia, sliding hernia, paraesophageal hernia, «open» surgery.