

УДК 616.329

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ**Максимова К.А.***НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Свердловск-пассажирский» ОАО РЖД,
Екатеринбург, e-mail: tempora92@gmail.com*

В статье представлены результаты эндоскопического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы 25 больных. Диагноз устанавливался на основании данных эндоскопического, рентгенологического исследований, дополнительно выполнялась пищеводная манометрия и рН-метрия. Всем пациентам была выполнена лапароскопическая задняя крурорафия, фундопликация по Nissen. В работе указано, что послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений, требующих повторной операции. Дисфагии не наблюдалось ни у одного из обследованных пациентов. Пациенты активизировались, начиная с первых суток послеоперационного периода. Средняя длительности пребывания пациентов в стационар составила 8,8+3,3 суток. Авторы отмечают, что лапароскопическая фундопликация по Nissen является методом выбора при лечении больных со скользящими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Ключевые слова: скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, фундопликация по Nissen

RESULTS OF ENDOSCOPIC TREATMENT OF HERNIAS HIATAL**Maksimova K.A.***Road clinical hospital at the station Sverdlovsk-passenger of Russian Railways, Ekaterinburg,
e-mail: tempora92@gmail.com*

The article presents the results of endoscopic treatment of hernias hiatal 25 patients. The diagnosis was established on the basis of endoscopic, radiographic studies were further performed esophageal manometry and pH-metry. All patients underwent laparoscopic back crurography, fundoplication. The paper shows that the postoperative period in all patients was uneventful. Postoperative period in all patients was without complications requiring reoperation. Dysphagia was not observed in none of the examined patients. Patients intensified since the first days of the postoperative period. The average stay of patients was 8.8+3.3 hours. The authors note that laparoscopic fundoplication is the treatment of choice in the treatment of patients with sliding hernia hiatal.

Keywords: sliding hernia hiatal, fundoplication according to Nissen

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы встречаются у 30% пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости различных возрастных групп. Клинически болезнь проявляется изжогой, дисфагией, сопровождается болью в эпигастральной области, за грудиной [7].

Изменение угла Гиса и нарушение работы нижнего пищеводного сфинктера приводит к забросу кислого желудочного содержимого или желчи из двенадцатиперстной кишки в пищевод с развитием воспаления и перестройки слизистой оболочки, вплоть до возникновения рака пищевода. По данным Европейской и Американской гастроэнтерологических ассоциаций, если ГПОД существует в течение 5–12 лет без лечения, то риск развития рака пищевода возрастает на 270% через 5 лет и на 350–490% – в зависимости от возраста – через 12 лет.

Под рефлюкс-эзофагитом понимают воспалительный процесс в пищеводе, возникающий вследствие заброса желудочно-кишечного содержимого в пищевод и воздействия его на слизистую оболочку пищевода.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, как правило, сочетается с ГЭРБ. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь характеризуется комплексом диспептических, пульмонологических и кардиологических расстройств, возникающих, как правило, вследствие ГПОД и патологического желудочно-пищеводного рефлюкса.

В настоящее время по мнению многих авторов ГПОД считается одним из наиболее распространенных заболеваний ЖКТ и по своей частоте среди прочей гастроэнтерологической патологии занимают 2–3 место, конкурируя со столь распространенными заболеваниями, как язвенная болезнь и холецистит [7,8].

Диагностика грыжи пищеводного отверстия диафрагмы затруднена, так как симптомы ее весьма многообразны, она часто сочетается с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и протекает с осложнениями. Недаром это заболевание образно называют «маскарадом верхнего отдела живота». Для постановки диагноза выполняют рентгенографию пищевода с контрастированием сульфата

том бария, фиброгастродуоденоскопию, исследуют моторику пищевода с помощью эзофагоманометрии, проводят суточную рН-метрию.

Показания к оперативному лечению грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:

- неэффективность консервативного лечения;
- наличие осложнений ГПОД (эзофагит, эрозии и язвы пищевода, анемия, кровотечения);
- большие размеры грыжи, ее фиксация в грыжевых воротах;
- параэзофагеальная (около пищеводная) скользящая грыжа (высокий риск ущемления грыжи);
- дисплазия слизистой пищевода (слизистая пищевода приобретает строение слизистой тонкого кишечника).

В основе хирургического лечения больших грыжей пищеводного отверстия диафрагмы лежит выполнение фиксации кардиального отдела желудка и пищевода, заострения угла Гисса, мобилизации и удлинению абдоминального отдела пищевода, то есть создание особого антирефлюксного механизма для предотвращения проникновения содержимого желудка в пищевод.

Методы различных хирургических операций подробно изучены и описаны. В связи с широким внедрением эндоскопических методов в хирургии [1–3, 6, 8] наиболее часто применяются эзофагокардиоррафия и диафрагмофундопексия, предусматривающие фиксацию дна желудка к диафрагме, фундопликации по *Nissen* – с созданием «манжетки» мобилизованной частью дна желудка вокруг пищевода. Впервые такую арефлюксную операцию провел Рудольф Ниссен более полувека назад (в 1955 году). Ее суть состоит в формировании муфты на основе верхней части желудка посредством оборота 5–сантиметровой манжетки на 360 градусов вокруг нижнего участка пищевода. Наличие такой манжетки препятствует забросу содержимого желудка обратно в пищевод, благодаря чему можно избежать развития эзофагита.

Осуществление фундопликации также приводит к восстановлению анатомического строения нижнего сфинктера пищевода. Помимо того, восстанавливается и его функциональное состояние:

- повышается тонус;
- сокращается количество случаев преходящего расслабления вследствие растяжения желудочной камеры;
- стимулируется ее моторика;
- улучшается процесс опорожнения.

Предложенная Ниссеном фундопликация со своими модификациями и сейчас

является “золотым стандартом” в области антирефлюксной хирургии.

Также применяется в практике фундопликация по *Тоурет* – создание фундопликационной манжетки дном желудка задней половины окружности пищевода, передняя фундопликация по *Dor* [4, 5].

Цель исследования: оценка результатов лапароскопической фундопликации методом *Nissen* при лечении больных скользящими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Материалы и методы исследования

За период с октября 2011 по январь 2013 года на базе 1–го хирургического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница» было прооперировано 25 больных по поводу скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил $51,5 \pm 15,1$ лет. Диагноз грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов, устанавливался на основании данных эндоскопического, рентгенологического исследований, дополнительно выполнялась пищеводная манометрия и рН-метрия. Рентгенологическое исследование преследует не только выявление изменений в пищеводно-гастральном переходе, но так же тщательно исследованию подвергается двенадцатиперстная кишка. Исключение хронической дуоденальной непроходимости позволяет избежать отрицательного результата оперативного лечения больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. В программе предоперационной подготовки все больные с рефлюкс-эзофагитом получали консервативную терапию до регресса клинических проявлений заболевания. Длительность медикаментозной терапии составила от 30 до 120 дней пациентам назначали препараты на основе эзомепразола в дозировках, указанных в инструкции по применению препарата для лечения пищевода Баретта, а так же препараты висмута, прокинетики (мотилиум), антибактериальные препараты по схеме лечения НР-инфекции (кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки – 7 дней, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки – 7 дней), антацидные препараты.

Всем пациентам была выполнена лапароскопическая задняя крурорафия. В некоторых случаях мы имели прорезывание мышц ножек диафрагмы при затягивании лигатур, поэтому стали использовать прокладки из тефлона? Через которые накладывается эндодожов и завязывается на прокладке, случаев прорезывания швов при использовании этой методики мы не имели. Всем пациентам выполнена фундопликация по *Nissen*. При мобилизации дна желудка короткие артерии обрабатывались с помощью ультразвукового скальпеля. Для формирования муфты применяли эндосшивающий аппарат с обязательной фиксацией дна желудка к стенке пищевода двумя-тремя швами. У 13 (52%) пациентов – кардиальные грыжи, у 12 (48%) – кардиофундальные. Эрозивный эзофагит был выявлен всех больных. У 5 пациентов (20%) был диагностирован пищевод Баррета. В 6 случаях (24%) – симультанная лапароскопическая холцистэктомия. Средняя продолжительность операции $135 \pm 14,4$ мин.

Результаты исследования и их обсуждение

Летальных исходов и конверсии в лапаротомию не было. Среди интраоперационных осложнений имели место левосторонний напряженный пневмо(карбо)торакс – 2 случая, диагностированных интраоперационно, выполнено дренирование плевральной полости по Бюлау и последующим рентгенологическим контролем грудной клетки. Дренаж из плевральной полости убирали на вторые сутки. В одном случае имело место кровотечение из коротких желудочных сосудов, остановленное клипированием.

Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Дисфагии не наблюдалось ни у одного из обследованных пациентов. Перед выпиской всем пациентам выполнялась рентгеноскопия желудка с водорастворимым контрастом (30 процентный раствор урографина). Пациенты активизировались, начиная с первых суток послеоперационного периода. Средняя длительности пребывания пациентов в стационар составила $8,8 \pm 3,3$ суток. ФГДС контроль выполняли через три месяца после оперативного вмешательства. Рецидива заболевания не выявлено, явлений рефлюкс-эзофагита не выявлено.

Вывод

Лапароскопическая фундопликация по *Nissen* является методом выбора при лече-

нии больных со скользящими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Список литературы

1. Габазов Х.М., Лимонов А.В., Столин А.В., Чернядьев С.А. Хирургическое лечение некротизирующего панкреатита / Х.М. Габазов, А.В. Лимонов, А.В. Столин, С.А. Чернядьев // Медицинский вестник МВД. – 2007. – № 1 (26). – С. 43–44.
2. Козлов В.А., Чернядьев С.А. Бурсоментоскопия // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 1989. – № 2. – С. 109.
3. Макарошкин А.Г., Чернядьев С.А., Айрапетов Д.В. Применение низкочастотного ультразвука при программных санациях очагов панкреатогенной инфекции / А.Г. Макарошкин, С.А. Чернядьев, Д.В. Айрапетов // Медицинский альманах. – 2012. – Т. 1; № 20. – С. 100.
4. Пучков К.В., Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / К.В. Пучков, В.Б. Филимонов. – М.: МЕДПРАКТИКА – 2003. – 172 с.
5. Федоров И.В. Эндоскопическая хирургия / И.В. Федоров, Е.И. Сигал, Л.Е. Славин. – М.: ГОЭТАР-Медиа – 2009. – 584 с.
6. Цап Н.А., Попов В.П., Чернядьев С.А., Карлов А.А., Огарков И.П. Интеграционная модель организации оказания экстренной хирургической помощи детям по опыту свердловской области / Н.А. Цап, В.П. Попов, С.А. Чернядьев, А.А. Карлов, И.П. Огарков // Медицина катастроф. – 2009. – № 4. – С. 39–40.
7. Черноусов А.Ф., Рефлюкс-эзофагит / А.Ф. Черноусов, А.Л. Шестаков, Г.С. Тамазян. – М.: – 1999. – 135 с.
8. Чернядьев С.А., Назаров В.И. Опыт организации экстренной медицинской помощи детям при неотложных хирургических состояниях / С.А. Чернядьев, В.И. Назаров // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2008. – № 4. – С. 68–73.