

Я.С. Березницкий, Г.В. Астахов, С.Н. Курыляк

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,
Клиника общей и пластической хирургии «Гарвис», Днепропетровск

Реферат. Проанализировано 31 лапароскопическое вмешательство при грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Лапароскопические операции при грыже пищеводного отверстия диафрагмы малотравматичны и эффективны. Использование аллотрансплантата повышает надежность крурорафии.

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа, хирургическое лечение, лапароскопия

Хирургическое лечение диафрагмальных грыж с использованием лапароскопической техники в последние десятилетия приобрело большую популярность. Благодаря эндовидеоскопическим вмешательствам удается соблюдать основные условия надежной пластики: восстановление нормальных размеров и щелевидной формы пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД), восстановление клапанной функции пищевода-желудочного перехода. Лапароскопическая крурорафия и фундопликация по сравнению с традиционными методиками сопровождается снижением числа интра- и послеоперационных осложнений, незначительным болевым синдромом, ранними сроками реабилитации и быстрым возвращением оперированных больных к привычному образу жизни [9]. Число негативных результатов после лапароскопических фундопликаций относительно невысоко и, по данным различных авторов, не превышает 5% [5-7]. Неудовлетворительные результаты после лапароскопических фундопликаций развиваются вследствие сползания фундопликационной манжеты или миграции ее в средостение с растяжением ПОД [1,2]. В последнее время в большинстве клиник, специализирующихся на антирефлюксных операциях, используется следующая тактика: при диаметре грыжевого дефекта до 5 см выполняется крурорафия, при диаметре грыжевого дефекта более 5 см выполняется пластика ПОД сетчатым трансплантатом [3,4,8]. Совершенствование техники лапароскопических вмешательств способствовало расширению показаний к их применению в лечении достаточно сложных, гигантских грыж, при которых в средостении оказывался практически весь желудок, а ножки диафрагмы были атрофированы.

Цель работы – проанализировать эффективность использования технологии лапароскопической крурорафии и лапароскопической фундопликации у пациентов с грыжей ПОД.

Материал и методы

В период с 2010 по 2013 г. нами прооперирован 31 пациент с диафрагмальными грыжами: 15 (48,4%) мужчин, 16 (51,6%) женщин. Большинство пациентов (83,56%) были трудоспособного возраста, а средний возраст составил 54,9 лет. Задняя крурорафия была выполнена у 17 (54,8%) пациентов, а у 14 (45,2%)

произведена передняя и задняя крурорафия. У 2 пациентов выполнено укрепление восстановленного ПОД сетчатым аллотрансплантатом. У всех пациентов выполнялась фундопликация по Ниссену. Положение больного на спине, ноги пациента разведены. Пациенту придается положение Фовлера. При таком положении внутренние органы смещались вниз под действием силы тяжести, давая возможность доступа к ПОД. Хирург располагается между ног пациента. Операцию выполняли из четырех портов. Первый – для лапароскопа, устанавливали по средней линии, на середине расстояния между мечевидным отростком и пупком. Два других порта устанавливали в точках пересечения среднеключичных линий и перпендикулярной им линии проведенной через точку установки порта для лапароскопа. Во все эти точки вводили 10 мм троакары. Последний порт (5 мм троакар) устанавливали у мечевидного отростка. После ревизии ПОД и уточнения объема поражения, операцию начинали с рассечения печеночно-желудочной связки и выделения правой ножки диафрагмы. Затем разрез брюшины продлевали вдоль верхней полуокружности ПОД до левой ножки диафрагмы. Следующим этапом отделяли сальник от большой кривизны желудка путем мобилизации дна желудка, его задней стенки и левой ножки диафрагмы. Во всех случаях выполняли широкую мобилизацию нижней трети пищевода, низводили в брюшную полость пищевода-желудочный переход. Все этапы мобилизации выполняли ультразвуковым диссектором Harmonic. От пищевода-желудочного перехода удаляли жир, мешавший наложению фундопликационной манжеты. Во время выделения мы всегда контролировали визуально целостность блуждающих нервов, желудка, пищевода, париетальной плевры. На этапе мобилизации в двух случаях была травмирована париетальная плевра слева с развитием левостороннего пневмоторакса. После ушивания ПОД пневмоторакс ликвидировали плевральной пункцией во втором межреберье по среднеключичной линии слева. В одном случае грыжа ПОД сформировалась на фоне роста доброкачественной опухоли (нейрофиброма) пищевода. Во время мобилизации нижней трети пищевода опухоль была энуклеирована с сохранением целостности слизистой пищевода. Ножки диафрагмы ушивали от-

дельными узловыми или П-образными швами нитью Ethibond 3.0. В случаях, когда пищеводное отверстие диафрагмы было значительно расширено, заднюю крурорафию дополняли передней. У пациентов с выраженной гипотрофией ножек диафрагмы после выполнения крурорафии на диафрагму накладывали сетку Parietex, 8 на 9 см с отверстием для пищевода. Сетку фиксировали степлером Absorbotack. Мобилизацию завершали широким выделением окна позади пищеводно-желудочного перехода. Фундопликационную манжету формировали нитью Ethibond 3.0. Манжету формировали достаточно широкую, контролируя проходимость желудочно-пищеводного перехода желудочным зондом 12 мм. Манжету фиксировали. Место фиксации: кардиальный отдел желудка, левая ножка диафрагмы, пищевод – выбирали в зависимости от интраоперационной ситуации. При тщательном контроле гемостаза на всех этапах операции дренирование брюшной полости не требовалось.

Результаты и обсуждение

Пациенты госпитализировались в клинику общей и пластической хирургии в плановом порядке. Накануне операции поступили 27 (87,1%) пациентов, а 4 (12,9%) были прооперированы в день поступления.

Профилактика раневых осложнений антибиотиками не проводилась. Профилактика тромбоэмболических осложнений зависела от степени риска их возникновения. В случае низкого риска проводилась неспецифическая профилактика (эластическое бинтование нижних конечностей). При умеренном риске (пациенты с ожирением 2 степени либо старше 60 лет) помимо неспецифической профилактики, использовалась однократная инъекция надропарина натрия (фраксипарин) в дозе 0,3 мл за 2 часа до операции, с последующим назначением пентосана по 2 таблетки 2 раза в день в течение 7 дней. У пациентов с сопутствующей кардиальной патологией, варикозной болезнью вен нижних конечностей, ожирением 3 степени (высоким риском тромботических осложнений) вводили 0,3 мл фраксипарина за 2 часа до операции и в первые сутки после операции. Пентосан назначали с третьих суток по 50 мг 3 раза в день в течение 2 недель.

Послеоперационный период характеризовался менее выраженным болевым синдромом по сравнению с открытой операцией, что способствовало ранней активизации пациентов. Обезболивание проводилось по требованию препаратом Кетопрофен (Кетонал) в дозе 100 мг в/м в течение первых суток, с последующим переходом на таблетированную форму Кетонала в дозе 150 мг. Пациенты выписывались через 1 день после операции под амбулаторное наблюдение. За последние два года негативные результаты операции были отмечены у одной пациентки. Возобновилась дисфагия, изжога. Через 8 месяцев после операции у пациентки было выявлено сползание фундопликационной манжетки. Пациентка была оперирована повторно. Фундопликация по Ниссену-Розетти была переведена в фундопликацию по Туппе. Дисфагические расстройства купировались.

Выводы

1. Лапароскопические операции при диафрагмальных грыжах являются эффективными и малотравматичными.
2. Установка сетки позволяет повысить надежность крурорафии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оскретков В.И., Ганков В.А., Климов А.Г. и др. *Видеоэндоскопическая хирургия пищевода.* – Барнаул: «АзБука», 2004. – 159 с.
2. Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Грубник А.В., Малиновский А.В. *Методы лапароскопической фундопликации в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клиническая хирургия.* – 2007. – № 5-6. – С. 24
3. Грубник В.В., Малиновский А.В. *Способы пластики пищеводного отверстия диафрагмы при лапароскопических антирефлюксных операциях в зависимости от размеров грыжевого дефекта // Украинский журнал хирургии.* – 2008. – № 1. – С. 54-58
4. Грубник В.В., Малиновский А.В. *Технические особенности лапароскопических антирефлюксных операций // Пластична та реконструктивна хірургія.* – 2007. – № 2. – С. 54-58
5. Granderath F.A., Kamolz T., Schweiger U.M., et al. *Long-term results of laparoscopic antireflux surgery: surgical outcome and analysis of failure after 500 laparoscopic antireflux procedures // Surg. Endosc.* – 2002. – N 16. – P. 753-757
6. Draaisma W.A., Gooszen H.G., Tournioij E. et al. *Controversies in paraesophageal hernia repair: a review of literature // Surg. Endosc.* – 2005. – Vol. 19. – P. 1300-1308
7. Mattar S.G., Bowers S.P., Galloway K.D., et al. *Long-term outcome of laparoscopic repair of paraesophageal hernia // Surg. Endosc.* – 2002. – Vol. 16. – P. 745-749
8. Schauer P.R., Ikramuddin S., McLaughlin R.H., et al. *Comparison of laparoscopic versus open repair of paraesophageal hernia // Am. J. Surg.* – 1998. – Vol. 176. – P. 659-665
9. Targarona E.M., Bendahan G., Balague C. et al. *A mesh in the hiatus: a controversial issue // Archives of surgery.* – 2004. – Vol. 17. – P. 372-374

Я.С.Березницкий, Г.В.Астахов, С.М.Куриляк

Можливості хірургічного лікування діафрагмальних гриж із застосуванням малоінвазивних технологій

Проаналізовано 31 лапароскопічне втручання при грижі стравохідного отвору діафрагми. Лапароскопічні операції при грижі стравохідного отвору діафрагми малотравматичні та ефективні. Використання аллотрансплантанта підвищує надійність крурорафії.

Y.Bereznickiy, G.Astakhov, S.Kuriljak

The possibility of surgical treatment of diaphragmatic hernia with minimally invasive technologies

We analyzed 31 laparoscopic operations in cases of hiatal hernia. Laparoscopic surgery for treatment of hiatal hernia is low traumatic and effective. Using of a surgical mesh improves the reliability of operation.

Keywords: diaphragmatic hernia, laparoscopic

Поступила в редакцию 30.08.2013