

***Махлин А.М.***

*Республиканский научно-практический центр  
детской хирургии, г.Минск*

## **ЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ ГРЫЖА И ВРОЖДЕННЫЙ «КОРОТКИЙ ПИЩЕВОД». ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.**

***Введение.*** Рациональность использования лапароскопии в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) у детей была доказана в конце прошлого тысячелетия. Мы нашли небольшое количество сообщений об опыте лапароскопического лечения врожденных грыж пищеводного отверстия диафрагмы больших размеров. Некоторую опаску в выполнении этой операции лапароскопическим способом хирургами мы объясняем с одной стороны преувеличенной осторожностью в выделе-

нии желудка и пищевода в грудной клетке и, с другой стороны, опасностью столкнуться с «коротким пищеводом», так часто упоминающимся в классических руководствах.

**Материал и методы.** В период с 2005 г. по апрель 2015 года лечение ГПОД больших размеров лапароскопическим способом нами выполнено у 16 детей, при этом в 13 случаях операция была выполнена по поводу эзофагеальной грыжи и 3-м по поводу параэзофагеальной. Возраст оперированных детей составил от 12 дней до 5 лет.

Клинические проявления заболевания ГПОД значительно варьировали. У детей в возрасте до 1 года отмечалось невозможность кормления - рвота всей съеденной пищей во время и сразу после кормления. У детей старше 1 года при ГПОД преобладали явления дисфагии, срыгивания и периодических рвот. Для установки диагноза использовалось рентгенконтрастное исследование желудка с выполнением функциональных проб. Фиброгастродуоденоскопия выполнялась для установления степени поражения слизистой пищевода. Для выполнения операции использовали четыре 5 мм троакара у старших детей и 4 троакара (из них три- 3мм) у детей до 2 лет. Для отведения печени использовался V-образный чрезкожный шов. Пищеводное отверстие диафрагмы (ПОД) было расширено до 2 – 4,5 см. У 2-х пациентов содержимым грыжевого мешка был весь желудок с ротацией на 180, часть поперечноободочной кишки и участок большого сальника. У 5 пациентов содержимым грыжевого мешка был весь желудок и участок сальника с ротацией желудка вокруг оси пищевода по часовой стрелке от 90 до 180 градусов. У шести содержимым грыжевого мешка было от 1/2 до 2/3 желудка. У 2-х детей при параэзофагеальной грыже в плевральную полость уходило дно желудка и часть его тела. Еще в одном случае кроме желудка содержимым грыжевого мешка была селезенка. Технические сложности операции были связаны с выделением задней стенки желудка. У первых 8 пациентов грыжевой мешок полностью не иссекался. В последних 8-ми случаях операции выполнены с иссечением грыжевого мешка. Следующим этапом проводилась через расширенное ПОД и мобилизовалась нижняя треть пищевода. При этом только у одного пациента мы столкнулись с невозможностью низвести желудок в брюшную полость из-за «короткого пищевода». После конверсии к лапаротомии выяснилось, что не была мобилизована от грыжевого мешка часть задней стенки желудка. После завершения мобилизации эффект «короткого пищевода» был ликвидирован. Затем выполнялась задняя крурорафия 2-4 узловыми швами фундопликация по Ниссену.

**Результаты и обсуждение.** Послеоперационный период у детей, оперированных по поводу ГПОД был различным. Так двоим детям, оперированным по поводу эзофагеальной грыжи в возрасте 12 дней и 1,5 месяца с клиникой высокой кишечной непроходимости, связанной с деформацией желудка в пилорическом отделе, понадобилось до 1,5 недели нахождения в отделении реанимации для нормализации работы желудка и восстановления пассажа по кишечнику. У остальных детей оперированных в возрасте после 1 года с ГПОД больших размеров послеоперационный период протекал гораздо легче и длительность пребывания в ОИТР составила 2 суток. У 4-х пациентов в раннем послеоперационном периоде с 3 суток отмечались невыраженные проявления дисфагии, которые у 3-х пациентов прошли самостоятельно к 7-8 суткам после операции. У одного пациента потребовалась однократная баллонная дилатация. Рентгенконтрастное

исследование при выписке из стационара показало, что желудок и фундопликационная манжетка у всех пациентов находятся ниже диафрагмы. Рентгенологический контроль, выполненный у 16 детей этой группы через 6 месяцев и 1 год после операции, не выявил рецидива и явлений ГЭР у 14 пациентов. У двух детей выявлен рецидив грыжи через 1 год после операции. При этом в плевральную полость уходила кардиальная часть желудка. У этих детей через год после первой операции выполнена лапароскопическая реоперация. Контроль через 1 год после повторной операции не выявил рецидива грыжи.

**Выводы.** Несмотря на редкие сообщения о лапароскопических операциях по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы больших размеров, мы считаем применение данной техники предпочтительнее традиционной лапаротомии, как для пациента, так и для хирурга, владеющего техникой выполнения традиционных лапароскопических фундопликаций. Ни в одном случае нам не встретился так называемый врожденный «короткий пищевод», который бы являлся причиной выполнения сложных реконструктивных вмешательств на пищеводе и желудке описанных в классической литературе. Таким образом, наличие врожденного «короткого пищевода» при данной патологии, на наш взгляд, является заблуждением, что показывает опыт его мобилизации при адекватной визуализации с применением лапароскопии.