

ДИАГНОСТИКА И ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ХИАТАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Скачко В.А.¹, Татур А.А.¹, Пландовский А.В.¹, Протасевич А.И.¹,
Володкович Н.Н.², Кардис В.И.², Новиков С.В.²*

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

²УЗ «10-я городская клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. 90-95% грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) по механизму их развития являются скользящими или аксиальными (1 тип). ГПОД 1 типа клинически проявляются рефлюкс-эзофагитом и его специфическими осложнениями, в которые не входит инкарцерация. Параэзофагеальные грыжи (2-4 типы), составляющие в структуре ГПОД 5-10%, являются наиболее сложными для хирургического вмешательства хиатальными грыжами вследствие больших размеров грыжевых ворот, наличия грыжевого мешка и значительного перемещения в средостение желудка. Эти грыжи при 2-3-м типе могут осложняться ущемлением желудка, а при 4-м – еще и тонкой или толстой кишки, большого сальника. В англоязычной литературе встречаются различные термины для обозначения ущемления ГПОД 2-4 типов – «острая параэзофагеальная грыжа», «ущемленная параэзофагеальная грыжа», «странгуляционная параэзофагеальная грыжа», «заворот желудка», «перевернутый желудок» и др. с выделением двух видов инкарцерации: обтурации и странгуляции. Для обтурационного вида ущемления характерно сохранение жизнеспособности желудка, для странгуляционного – его некроз.

Цель: оценить результаты клинико-рентгенологической диагностики и видеолaparоскопического лечения пациентов с ущемленными хиатальными грыжами.

Материалы и методы. В 2017-2023 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии на базе отделения торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска видеолaparоскопически оперированы 385 пациентов с хиатальными грыжами, из которых у 174 (45,4%) они были с параэзофагеальными (2-4 типа), что связано с концентрацией пациентов с этим типом грыж в нашем Центре. У 11 пациентов были диагностированы ущемленные хиатальные грыжи (6,3%), и они после комплексного клинико-КТ-рентген-эндоскопического обследования были нами оперированы в срочном порядке.

Результаты и обсуждение. До 2017 г. все пациенты с ущемленными параэзофагеальными грыжами были нами оперированы из лапаротомного доступа и ретроспективный анализ результатов этих вмешательств требует отдельного обсуждения. Из 11 видеолaparоскопически оперированных пациентов в период 2017-22 г.г. мужчин было 2 (18,2%), женщин - 9 (81,8%). Их возраст варьировал от 38 до 82 лет. 6 пациентов поступили с рецидивом ГПОД. Ранее они были оперированы по поводу ГПОД 1 типа (4 пациентов) и 2 типа (1 пациент), у одной пациентки не было данных о типе оперированной

грыжи. Медиана срока от момента первой до второй операции по поводу ущемления составила 5 мес. (2 мес.; 16 мес.).

При поступлении пациенты предъявляли жалобы на внезапно возникшие резкие боли в эпигастральной области, тошноту и рвоту (100%). Верификацию диагноза проводили на основании оценки результатов рентгенконтрастного исследования пищевода и желудка, ФЭГДС и компьютерной томографии (КТ). У 10 пациентов провести эзофагоскоп в антральный отдел желудка из-за его выраженной деформации (ангуляции) не удалось. Некротических изменений слизистой пищевода и желудка не выявлено. Одна пациентка из-за болевого синдрома на фоне психо-эмоционального возбуждения отказалась от выполнения ФЭГДС. По данным КТ признаками ущемления считали циркулярное утолщение стенки желудка за счёт подслизистого отёка, наличие жидкостных скоплений в грыжевом мешке («грыжевой воды») и наличие реактивного одно- или двухстороннего плеврального выпота. У 3-х пациентов КТ-рентгенологически был выявлен мезентероаксиальный заворот желудка, в том числе у одной пациентки с рецидивной ГПОД. 10 пациентов после предоперационной подготовки были оперированы в первые сутки от их госпитализации. Один пациент в период пандемии был оперирован после консилиума по жизненным показаниям в ковидоперационной в средствах индивидуальной защиты на фоне коронавирусно-бактериальной пневмонии лишь на 6-е сутки от начала заболевания в связи с неэффективностью зондовой декомпрессии желудка и невозможностью исключить инкарпацию по типу странгуляции. Все пациенты были оперированы под эндотрахеальным наркозом с использованием эндохирургической техники с установкой пяти лапаропортов в стандартных точках. После наложения карбоксиперитонеума выполняли мобилизацию грыжевых ворот, которая была наиболее сложна при рецидивных грыжах из-за выраженного спаечного процесса. В 4 случаях рецидивных ГПОД для низведения желудка в брюшную полость потребовалось снятие швов с ножек ПОД. После выделения хиатуса ущемленный желудок извлекали в брюшную полость и выполняли его деторсию с визуальной оценкой жизнеспособности. У одного пациента (9,1%) потребовалась конверсия на лапаротомию из-за невозможности инструментального извлечения желудка в брюшную полость. Во всех случаях в грыжевом мешке был серозно-геморрагический выпот. После выделения и обязательного иссечения грыжевого мешка выполняли мобилизацию пищевода из сращений в средостении, а также - дна желудка с пересечением коротких желудочных артерий. После низведения абдоминального отдела пищевода и констатации жизнеспособности желудка выполнялся антирефлюксный маневр. При рецидивных ГПОД у 6 пациентов все ранее созданные антирефлюксные конструкции снимались и ремоделировались. После выполнения задней (8) или комбинированной (3) крурорафии у 10 пациентов выполнена эзофагофундопликация по Ниссену, у 1 пациентки – по Тупе. Средний койко-день составил 12 суток. Послеоперационных осложнений, включая развитие рецидива грыж, и летальности не было.

Выводы:

1. При развитии стойкого болевого и диспептического синдрома у пациентов ранее оперированных по поводу ГПОД необходимо в срочном порядке исключить или верифицировать развитие рецидива по типу параэзофагеальной грыжи с ущемлением;
2. Клинико-инструментально диагностированная ущемленная параэзофагеальная грыжа является абсолютным показанием к срочной операции;
3. Малоинвазивное видеолапароскопическое вмешательство при обтурационном виде ущемленной параэзофагеальной грыжи эффективно 90,9% пациентов;
4. Профилактикой ущемления параэзофагеальных грыж должны быть их ранняя диагностика и своевременное плановое хирургическое лечение, а также динамическое наблюдение за оперированными по поводу ГПОД пациентами.