



В. В. Бойко, В. П. Далавурак

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
НАМН Украины», г. Харьков

© В. В. Бойко, В. П. Далавурак

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕГАКОЛОНОМ И ДОЛИХОСИГМОЙ

Резюме. В работе представлены сведения, касающиеся развития учения о врожденных пороках толстой кишки, а также анализ собственного опыта хирургического лечения 49 больных долихосигмой и мегаколоном. По данным клиники ГУ «ИОНХ НАМНУ», хирургическая активность при долихосигме составляет 44,3 %, а при мегаколоне — 63,2 %. Летальных исходов не было. Операцией выбора при долихосигме авторы считают одномоментную резекцию сигмовидной кишки, при мегаколоне — резекцию толстой кишки по Дюамелю.

Ключевые слова: долихосигма, мегаколон, хирургическое лечение.

Введение

Первые сообщения о патологическом расширении толстой кишки относятся к первой половине XVII века. Gruysch впервые описал 5-летнего ребенка, у которого на вскрытии обнаружили резко расширенную поперечно-ободочную кишку, прикрывающую все органы брюшной полости.

По данным Н. Л. Куца (1970), первое упоминание об идиопатическом расширении толстой кишки связано с именем Ebers (1823). С этого времени началась летопись этой сложной и тяжелой болезни [6].

В 1846 г. появилась работа итальянского врача Favalli, в которой дается подробное описание болезни расширенной толстой кишки у взрослого. После указанной публикации многие ученые продуктивно работали над этой сложной проблемой.

Датский педиатр Hirschsprung в 1886 г. выступил на заседании Берлинского общества детских врачей с докладом о необычном заболевании толстой кишки, которое он назвал *megacolon congenitum*. Он впервые описал заболевание и его четкую симптоматику. Основной и наиболее характерной особенностью болезни являются упорные запоры, возникающие у детей сразу же после рождения. На их фоне нередко развивается картина непроходимости кишечника со всеми вытекающими последствиями вплоть до летальных исходов [3, 5, 7].

Патогенетическая сущность болезни Гиршпрунга была выяснена лишь в 1920 г., когда на основании тщательно проведенных гистологических исследований было доказано, что резкая атония расширенных сегментов толстой кишки на том или ином уровне является следствием врожденного отсутствия или значительного уменьшения в ее мышечной оболочке волокон ауэрбаховского сплетения, а также симпатических ганглиев подслизистого нервного сплетения Мейснера. На основе указанных гистологических критериев врожденные формы мегаколона в настоящее время легко дифференцируются

от расширений толстой кишки иной природы, что позволяет в большинстве случаев заменить симптоматическое лечение более эффективной патогенетической терапией этих врожденных пороков развития толстой кишки [5, 7].

Суть болезни Гиршпрунга состоит в том, что в аганглионарной зоне кишка находится в состоянии постоянного спазма, не перистальтирует и является препятствием для прохождения кала. В связи с этим вышележащие отделы компенсаторно расширяются. Толстая кишка при болезни Гиршпрунга на большем или меньшем участке нередко расширяется до гигантских размеров. Стенка кишки в зоне расширения в связи с резкой гипертрофией ее мышечной оболочки сильно утолщена. Аганглионарный участок, куда не распространяются нервные импульсы, вызывающие перистальтические сокращения, расположен ниже расширенного участка кишки. Именно в этом участке отсутствуют перистальтические волны, в результате чего создаются условия, препятствующие продвижению кишечного содержимого в дистальном направлении, а в вышележащих участках толстой кишки возникает застой каловых масс. Таким образом, расширение толстой кишки и утолщение ее мышечной оболочки выше участка аганглиоза является следствием резкого усиления моторной активности вышележащих отделов кишки с развитием рабочей гипертрофии ее стенки. Степень расширения кишки нередко бывает столь значительной, что из-за возникающего давления на диафрагму может даже наступить нарушение функции дыхания. У части больных длительный застой каловых масс может привести к пролежню и образованию язв на слизистой оболочке кишки, а также к выраженной интоксикации организма.

Переход резко расширенной сигмовидной кишки в прямую обычно имеет характерную воронкообразную форму. Лишь в тех случаях, когда аганглионарный участок кишки располагается в зоне анального канала сфинктера, вся кишка представ-

ляется расширенной и поэтому типичность рентгенологической картины перехода утрачивается [2, 5, 7].

Клиническая картина заболевания довольно подробно описана в литературе, поэтому мы не будем на ней останавливаться.

Поскольку данное заболевание является следствием врожденного порока, то в подавляющем большинстве случаев требуется его хирургическая коррекция, так как консервативное лечение малоэффективно.

Первые попытки хирургического лечения мегаколона, заключающиеся в резекции расширенной части толстой кишки, часто заканчивались неудачно рецидивом заболевания, так как они были патогенетически не обоснованными.

Смысл операции при данной патологии заключается в удалении аганглионарной зоны как пускового механизма заболевания.

Первую успешную из операций, направленных на устранение аганглионарной зоны, выполнил в 1948 г. американский хирург Swenson, который удалил не расширенную, а суженную часть толстой кишки. Суть операции, которую впервые провел Свенсон, сводится к выполнению брюшно-анальной резекции прямой кишки с замещением ее низведенными отделами толстой кишки. Эта операция, хотя и является патогенетически вполне обоснованной, но технически очень травматична и таит в себе многие нежелательные последствия, связанные с необходимостью почти полной мобилизации прямой кишки.

Менее травматичную методику операции при данной патологии предложил в 1956 г. французский хирург Duhamel. Операция заключается в резекции аганглионарной зоны с последующим ретроректальным и трансанальным низведением толстой кишки. После ревизии брюшной полости определяют протяженность суженного участка. Мобилизуют участок кишки, подлежащий резекции и подлежащую низведению часть толстой кишки. Затем тупым путем образуют тоннель между крестцом и задней поверхностью прямой кишки. Прямую кишку в тазу дважды прошивают УКЛ-60, пересекают с ушиванием культи ее наглухо трехрядными швами. Свободный конец низводимой кишки размещают в ретроректальном тоннеле и переводят больного в положение для промежностного этапа операции. Лапаротомную рану временно накрывают простыней. После растяжения сфинктера по задней полуокружности на месте перехода кожи в слизистую оболочку соответственно цифрам 3, 6 и 9 часового циферблата накладываются держалки, которые ассистент разводит в стороны. По задней полуокружности ануса делают разрез на границе слизистой и кожи до держалок. Частично острым, частично тупым путем отсепааровывают слизистую задней стенки прямой кишки в проксимальном направлении на 4—5 см. Выше сфинктера

мышечная оболочка задней стенки прямой кишки рассекается, и через это отверстие выводится культи низводящей кишки. По задней полуокружности низведенная кишка подшивается к краю кожи, а на переднюю стенку низведенной кишки и отсепаарованную слизистую задней стенки прямой кишки накладываются раздавливающие зажимы, которые сохраняются до их отторжения. Таким образом между культей прямой кишки и низведенной кишкой формируется сообщение с функционирующим сфинктером заднего прохода. Заканчивается операция забрюшинным дренированием малого таза, восстановлением тазовой брюшины и ушиванием лапаротомной раны [1, 2, 4, 5].

Совершенно иной принцип удаления аганглионарной зоны использовал в 1963 г. итальянский хирург Soave, предложивший производить демукозацию ректосигмоидального отдела и прямой кишки до уровня внутреннего сфинктера. Мобилизованную толстую кишку протягивают через мышечный футляр прямой кишки наружу, выведенную кишку резецируют, оставляя культи длиной 6—7 см. Во второй этап через 2—3 недели заканчивают операцию.

Упомянутые три разновидности операций Свенсона, Дюамеля и Соаве являются золотым фондом операций при данной патологии.

Большой вклад в развитие хирургии мегаколона внесли А. В. Габай (1955), С. Я. Долецкий (1958), Ю. Ф. Исаков (1965), Г. А. Баиров (1966), Н. Л. Куш (1970), А. А. Шалимов (1977), Ш. Дробни (1983) и др. [3, 6, 7].

Материалы и методы

Мы наблюдали 70 больных долихосигмой, из которых 31 (44,3 %) оперирован в связи с упорными запорами, а также 26 пациентов с мегаколоном, из которых 18 (69,2 %) оперированы в плановом порядке и один — urgently.

Оперированные по поводу долихосигмы — все взрослые, преимущественно люди молодого возраста; оперированные по поводу мегаколона — лица обоего пола в возрасте от 4 до 36 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Операцией выбора при долихосигме мы считаем одномоментную резекцию сигмовидной кишки, которая оправдала себя при данной патологии. При мегаколоне отдаем предпочтение резекции толстой кишки по Дюамелю. Распределение больных по видам выполненных им операций представлено в табл. 1.

Летальных исходов не было. У одного ребенка на 6-е сутки после резекции толстой кишки по Дюамелю имела место тонкокишечная инвагинация, потребовавшая релапаротомии и дезинвагинации. Выздоровление.

В 1968 г. нам пришлось оперировать 4-летнего ребенка, страдающего болезнью Гиршпрунга,



Таблица 1
Распределение больных по видам вмешательств

Виды операций	Количество больных
Одномоментная резекция долихосигмы	31
Левосторонняя гемиколэктомия	2
Одномоментная резекция мегасигмы	4
Резекция толстой кишки по Дюамелю	10
Резекция мегасигмы по МакЛину при завороте	1
Ушивание калового свища после операции МакЛина	1
Итого:	49

по поводу заворота мегасигмы. Ему выполнена резекция мегасигмы по МакЛину с последующим ушиванием калового свища. С тех пор прошло 42 года. Сейчас это вполне здоровый мужчина, отец троих здоровых детей, работает фельдшером скорой помощи.

Не оправдывает себя при данной патологии одномоментная резекция мегасигмы. Из четырех оперированных по данной методике у двоих наступил рецидив заболевания, и они были повторно оперированы по Дюамелю с выздоровлением.

Выводы

Наш опыт позволяет рекомендовать при долихосигме с упорными запорами одномоментную резекцию сигмовидной кишки, а при мегаколоном — резекцию толстой кишки по Дюамелю.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бушмелев В.А. Ректальный анастомоз при радикальной операции болезни Гиршпрунга / В.А. Бушмелев, В.В. Позднеев // Колопроктология. — 2006. — № 4. — С. 23—24.
2. Быков Н.И. Выбор оптимального варианта хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей / Н.И. Быков, Г.И. Чепурной, А.Н. Кивва // Детская хирургия. — 2007. — № 5. — С. 10—12.
3. Губергриц Н.Б. Мега- и долихоколон // Здоров'я України. — 2006. — № 1 (21). — С. 4—5.
4. Джавадов Э.А. Хирургическое лечение копростазов у больных с долихоколом / Э.А. Джавадов, Ф.С. Курбанов, Ю.Н. Ткаченко // Хирургия. — 2010. — № 5. — С. 50—52.
5. Дробни Ш. Хирургия кишечника / Ш. Дробни. — Budapest, 1933. — 591 с.
6. Куш Н.Л. Болезнь Фавалли—Гиршпрунга у детей / Н.Л. Куш. — К.: Здоровье, 1970. — 125 с.
7. Шалимов А.А. Хирургия кишечника / А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко. — К.: Здоровье, 1977. — 245 с.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МЕГАКОЛОН І ДОЛІХОСИГМУ

В. В. Бойко, В. П. Далавурак

Резюме. У роботі подано відомості, що стосуються розвитку вчення про вроджені пороки товстої кишки, а також аналіз особистого досвіду хірургічного лікування 49 хворих на долихосигму і мегаколон. За даними клініки ДУ «ІЗНХ НАМНУ», хірургічна активність при долихосигмі становить 44,3%, а при мегаколоні — 63,2%. Летальності не було. Операцією вибору при долихосигмі автори вважають одномоментну резекцію сигмоподібної кишки, при мегаколоні — резекцію товстої кишки за Дюамелем.

Ключові слова: долихосигма, мегаколон, хірургічне лікування.

SURGICAL TREATMENT OF MEGACOLON AND DOLICHOSIGMOID

V. V. Boyko, V. P. Dalavurak

Summary. The paper provides information on the development of the theory of congenital malformations of the colon, as well as analysis of their own experience of surgical treatment of 49 patients with dolichosigmoid and megacolon. According to our hospital surgical activity at dolichosigmoid is 44.3%, and with megacolon — 63.2%. No deaths occurred. Operation of choice for dolichosigmoid is one-stage resection of the sigmoid colon, and in megacolon — resection of the colon by Duhamel.

Key words: dolichosigmoid, megacolon, surgical treatment.

В. В. Бойко, **В. П. Далавурак,**
С. А. Савви, **В. Н. Лыхман,**
М. Ю. Сизый, **Ф. П. Воробьев**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
НАМН Украины», г. Харьков

© Коллектив авторов

Резюме. Авторы имеют опыт лечения 548 больных диафрагмальными грыжами, из которых 225 (41 %) были оперированы. Подавляющее большинство (95,2 %) грыж составляют скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, релаксация диафрагмы — 2,0 %, грыжа Ларрея — 1,3 %, параэзофагеальные грыжи — 0,9 %, посттравматические грыжи диафрагмы — 0,7 %. Операцией выбора при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы считаем эзофагофундопликацию по Ниссену и крурографию; при релаксации купола диафрагмы показана френопликация по Лерше—Дювалю; при грыжах Ларрея — иссечение грыжевого мешка и пластика грыжевых ворот за счет мышечной части диафрагмы; при параэзофагеальных грыжах — пластика диафрагмы по Петровскому и при посттравматических грыжах диафрагмы — диафрагмопластика по Мейо. Послеоперационная летальность составила 0,4 %.

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа, хирургическое лечение, диафрагмопластика.

Введение

Грыжи диафрагмы представляют собой наиболее распространенную хирургическую патологию брюшно-грудной преграды. Они могут возникнуть вследствие аномалии развития диафрагмы, ее травматических повреждений, а также некоторых других причин, включая возрастные инволюционные изменения, и др. [4, 5].

Наиболее характерно для всех грыж этого вида — пролабирование брюшных органов в грудную полость через сквозной дефект, растянутую диафрагму или расширенное естественное отверстие диафрагмы, что связано с отрицательным давлением в грудной полости [4, 5].

Классификации диафрагмальных грыж включают в себя врожденные и приобретенные грыжи. Последние подразделяются на травматические и нетравматические. Грыжи классифицируют в зависимости от наличия или отсутствия грыжевого мешка (истинные и ложные), локализации грыжевых ворот (грудино-реберный и поясничный треугольник, пищеводное отверстие диафрагмы) и их размеров.

По данным Б. В. Петровского, Н. Н. Каншина, Н. О. Николаева, клиническая симптоматика диафрагмальных грыж зависит от трех основных факторов: 1) сдавления и перегибов брюшных органов в грыжевых воротах, выпавших через дефект в диафрагме в грудную клетку; 2) компрессии легкого и смещения средостения выпавшими брюшными органами и 3) нарушения или прекращения функции самой диафрагмы. Соответственно этому все симптомы при диафрагмальных грыжах могут быть разделены на: гастроинтестинальные, связанные с нарушением перемещенных брюшных органов, и кардиореспираторные, зависящие от сдавления легких и смещения сердца.

К симптомам, которые можно связать с поражением самой диафрагмы, следует отнести лишь боли, иррадиирующие в надключичное пространство и надплечье, что связано с особенностями иннервации диафрагмы [5].

Выраженность клинических симптомов зависит от характера, объема и степени наполнения перемещенных брюшных органов, а также размеров, формы и локализации грыжевых ворот. Кардиореспираторные нарушения зависят от степени смещения сердца и компрессии легкого и в основном от объема и характера перемещенных брюшных органов. Так, выпадение плотной массивной печени через обширный дефект правого купола диафрагмы, естественно, вызывает более выраженное сдавление легкого и смещение средостения, чем выпадение небольшого участка сальника [1, 2, 3, 6].

Материалы и методы

Мы имеем опыт лечения 548 больных различными видами диафрагмальных грыж, из которых 225 (41 %) пациентов были нами прооперированы. По нозологическим формам больные были распределены таким образом: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы — 522 (95,2 %) случая, релаксация купола диафрагмы — 11 (2,0 %), грыжа Ларрея — 7 (1,3 %), параэзофагеальная грыжа — 5 (0,9 %) и посттравматическая грыжа диафрагмы — 4 (0,7 %).

Результаты исследования и их обсуждение

По данным нашей клиники, наиболее часто встречается скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, второе место занимает релаксация купола диафрагмы, на третьем месте — грыжа Ларрея, на четвертом — параэзофагеальная



грыжа, и замыкает группу посттравматическая грыжа диафрагмы.

Операцией выбора при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы мы считаем эзофагофундопликацию по Ниссену в сочетании с позадипищеводной крурорафией. Характерной особенностью данной операции в нашей клинике является трансабдоминальный доступ. Таких операций нами выполнено 200 с одним летальным исходом (0,5 %).

Приводим краткую выписку из истории болезни больной Н., 54 года. Пациентка поступила в торакальное отделение 29.09.1992 г. по поводу скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы IV степени. При обследовании диагноз подтвержден. Больная оперирована 6.10.1992 г. Произведена крурорафия, эзофагофундопликация по Ниссену. Послеоперационный период осложнился перфорацией абдоминального отдела пищевода, общим перитонитом, по поводу чего 9.10.1992 г. проведены релапаротомия, ушивание дефекта пищевода, трансцекальная интубация кишечника, дренирование брюшной полости по Петрову. 11.10.1992 г. больная умерла. По-видимому, имело место не замеченное во время операции неполное повреждение стенки пищевода, которое произошло в ближайшем послеоперационном периоде.

При релаксации купола диафрагмы хорошо зарекомендовала себя френопликация по Лерше—Дювалю, которая выполнена нами у 11 больных. Ее преимущества состоят в том, что полностью сохраняется иннервация диафрагмы и создается достаточно прочная трехслойная грудно-брюшная перегородка. Выполнять данную операцию следует торакотомным доступом в VIII межреберье.

При грыжах Ларрея мы используем трансабдоминальный доступ как менее травматичный и очень удобный для мобилизации и иссечения грыжевого мешка, что всегда следует выполнять, а также ушивания грыжевых ворот путем подшивания мышечного края диафрагмы к межреберным мышцам, краю реберной дуги и грудине.

Мы оперировали пожилую женщину, которая длительное время болела грыжей Ларрея и очень страдала от частых изнурительных рвот. Во время операции оказалось, что в грыжевом мешке за грудиной располагался полностью деформированный и фиксированный желудок с его перегибом. После разделения сращений желудок помещен в его физиологическое положение, грыжевой мешок иссечен и проведена пластика грыжевых ворот по описанной выше методике. Выздоровление.

При параэзофагеальных грыжах следует проводить пластику диафрагмы по методике Б. В. Петровского.

Операции по поводу посттравматических грыж диафрагмы целесообразно выполнять трансторакальным доступом с диафрагмопластикой

по методу клиники Мейо. В ургентном порядке нам пришлось оперировать молодого мужчину по поводу ущемленной посттравматической грыжи левого купола диафрагмы с некрозом сегмента толстой кишки. Четырьмя месяцами ранее пациент перенес торако-абдоминальное ножевое ранение слева. Лечился в условиях центральной районной больницы, где ему была выполнена первичная хирургическая обработка раны грудной клетки без ревизии диафрагмы и дренирование левой плевральной полости по Бюлау. Был выписан в удовлетворительном состоянии. Через четыре месяца доставлен в клинику ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины» с симптомами острой обтурационной непроходимости кишечника. После кратковременной предоперационной подготовки в ургентном порядке оперирован. Срединно-срединная лапаротомия. При ревизии установлено, что селезеночный угол, половина поперечно-ободочной кишки и часть нисходящей через отверстие в левом куполе диафрагмы переместились в плевральную полость, и наступило их эластическое ущемление. Органы брюшной полости тщательно отгорожены лапаротомными салфетками, рассечено ущемляющее кольцо в радиальном направлении, и из плевральной полости извлечена ущемленная кишка, которая признана нежизнеспособной. Проведена резекция ущемленной кишки в пределах здоровых тканей. После этого через отверстие в диафрагме тщательно санировали левую плевральную полость с дренированием ее в IX межреберье по средней подмышечной линии. Все это выполнялось со стороны брюшной полости. Выполнена диафрагмопластика по Мейо. Заключительный этап — формирование проксимальной культи в виде концевой колостомы и с ушиванием дистальной культи. Дренирование брюшной полости в подреберье и левом фланке. Через три месяца после описанной операции восстановлена непрерывность толстой кишки. Выздоровление.

Одному из нас (В. П. Далавурак) в Харьковской больнице скорой и неотложной медицинской помощи имени проф. А. М. Мещанинова пришлось оперировать молодого мужчину, который упал со строительных лесов с высоты 9—10 метров, был доставлен в крайне тяжелом состоянии с сочетанной травмой. При этом ведущей была сердечно-легочная недостаточность, обусловленная разрывом правого купола диафрагмы и полным перемещением неповрежденной печени в правую плевральную полость. И только после экстренной правосторонней торакотомии, перемещения печени в поддиафрагмальное пространство, ушивания дефекта купола диафрагмы, дренирования правой плевральной полости удалось справиться с кардиореспираторными нарушениями и определить дальнейшую тактику лечения политравмы. Пострадавший выжил. Хотя данный случай не совсем относится к грыжам диафрагмы,

он весьма поучителен. При множественной скелетной травме у данного пострадавшего из висцеральных повреждений имелся только разрыв правого купола диафрагмы со смещением неповрежденной печени в правую плевральную полость.

Вывод

Следует отметить, что из 225 больных, оперированных нами по поводу диафрагмальных грыж, 224 пациента выздоровели. Послеоперационная летальность составила 0,4%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. Хирургическое лечение диафрагмальных грыж редких локализаций / В.В. Бойко, Г.Д. Доценко, Е.Г. Доценко // Харківська хірургічна школа. — 2009. — № 2.2. — С. 127—129.
2. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы / М.М. Абакумов, И.В. Ермолова, А.Н. Погодина [и др.] // Хирургия. — 2000. — № 7. — С. 28—32.
3. Овнатанян К.Т. Хирургические заболевания диафрагмы / К.Т. Овнатанян, Л.Г. Завгородний. — К.: Здоров'я, 1967. — С. 272.
4. Петровский В.В. Хирургия диафрагмы / В.В. Петровский, Н.Н. Каншин, Н.О. Николаев. — Л.: Медицина, 1966. — 335 с.
5. Тулупов А.Н. Правосторонняя травматическая диафрагмальная грыжа / А.Н. Тулупов, С.Ю. Дворецкий, Д.Р. Ивченко // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2008. — № 5. — С. 87—90.
6. Хирургия пищевода, кардии и диафрагмы / В.В. Бойко, В.П. Далавурак, А.А. Хижняк [и др.] // Харківська хірургічна школа. — 2002. — № 1(2). — С. 5—8.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДІАФРАГМАЛЬНИХ ГРИЖ

**В. В. Бойко, В. П. Далавурак,
С. О. Савві, В. М. Лихман,
М. Ю. Сизий, Ф. П. Воробйов**

Резюме. Автори мають досвід лікування 548 хворих із діафрагмальними грижами, з яких 225 (41 %) — були прооперовані. Більшість (95,2 %) становили ковзкі грижі стравохідного отвору діафрагми, релаксація діафрагми — 2,0 %, грижа Ларрея — 1,3 %, параезофагеальні грижі — 0,9 %, посттравматичні грижі діафрагми — 0,7 %. Операцією вибору при ковзких грижах стравохідного отвору діафрагми вважаємо езофагофундоплікацію за Нісеном та крурорафію; при релаксації куполу діафрагми показано френоплікацію за Лерше—Дювалем; при грижах Ларрея — висічення грижового мішка і пластику грижових воріт за рахунок м'язової частини діафрагми; при параезофагеальних грижах — пластика діафрагми за Петровським і при посттравматичних грижах діафрагми — діафрагмопластика за Мейо. Післяопераційна летальність становила 0,4 %.

Ключові слова: діафрагмальна грижа, хірургічне лікування, діафрагмопластика.

SURGICAL TREATMENT OF DIAPHRAGMATIC HERNIAS

**V. V. Boyko, V. P. Dalavurak,
S. A. Savvi, V. N. Lykhan,
M. Yu. Sizi, F. P. Vorobyov**

Summary. The authors have experience in treating 548 patients with diaphragmatic hernia, of which 225 (41 %) underwent surgery. The overwhelming majority of 95,2 % are sliding hiatal hernia, the relaxation of the diaphragm — 2 %, Larrey's hernia — 1,3 %, paraesophageal hernia — 0,9 %, post-traumatic herniation of the diaphragm — 0,7 %. Operation of choice for sliding hiatal hernia is Nissen's esophagofundoplication and cruroraffia, in the relaxation of the diaphragm dome — frenoplication on Lershe—Duval, in Larrey's hernias — excision of the hernial sac and plastic of hernial orifice through the muscle of the diaphragm, in paraesophageal hernia — plastic of diaphragm on Petrovsky, and post-traumatic hernia of the diaphragm — correction of diaphragm on Mayo. Postoperative mortality was 0,4 %.

Key words: diaphragmatic hernia, surgical treatment, correction of diaphragm.