

УДК:616.26. 007.43 036 089

Стасишин А. Р.

Діафрагмальні грижі в клінічній хірургічній практиці

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургії та ендоскопії ФПДО

Email: astasyshyn@i.ua

Резюме. Проаналізовано результати лікування 240 пацієнтів із грижами стравохідного отвору діафрагми (ГСОД), які прооперовані у клініці хірургії та ендоскопії ФПДО Львівського національного медичного університету з 2005 по 2016 роки. З метою діагностики ГСОД виконували: аналіз скарг хворого, анамнез захворювання, езофагогастроуденоскопію, рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту та грудної клітки, ЕКГ, а також вивчали функцію зовнішнього дихання. Дослідження проводили методом ретроспективного аналізу, шляхом опрацювання історій хвороб та стандартизованих анкет за шкалою DeMeester. Найбільш характерним симптомом був біль за грудиною після вживання їжі, що зустрічався у 90,8 % хворих. У 89,8 % пацієнтів зустрічалась печія, у 79,5 % – відрижка кислим, у 64,4 % – дисфагія, у 14,5 % – кардіалгія. Ковзну грижу стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 90,2 % хворих, параезофагеальну – у 1,1 %, змішану – 8,7 % пацієнтів. Всі операції проведені відеолaparоскопічним методом. Не було жодного випадку міграції антирефлюксної манжети, післяопераційних гнійно-септичних чи тромбоемболічних ускладнень у ранньому післяопераційному періоді.

Ключові слова: діафрагмальна грижа, діагностика, лікування.

Вступ. Діафрагмальна грижа представляє вихід органів із черевної порожнини у грудну через отвори у діафрагмі. Залежно від походження розрізняють нетравматичні і травматичні діафрагмальні грижі. Травматичні грижі виникають у місцях розриву чи надриву діафрагми. Вроджена діафрагмальна грижа зустрічається досить рідко. Причинами її розвитку є вроджені дефекти або слабкі зони діафрагми, великі розміри природних отворів діафрагми. Вроджені дефекти частіше спостерігаються ліворуч у задньо-бічному відділі діафрагми з виходом попереково-ребрової грижі (Богдалека), рідше – спереду у ділянці правого діафрагмо-середостінного синуса спостерігається парастернальна грижа (Лорей) [2]. Грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) є досить поширеним захворюванням і зустрічаються до 95% усіх діафрагмальних гриж. Характеризуються випинанням будь-якої структури черевної порожнини, окрім стравоходу в грудну порожнину через розширення стравохідного отвору діафрагми [1, 3].

Спроби класифікувати ГСОД за підтипами були здійснені ще в минулому столітті [4]. Теперішня анатомічна класифікація цих станів еволюціонувала і включає типи I–IV [5,6]. ГСОД I типу є ковзними, при цьому шлунково-стравохідне з'єднання зміщується вище діафрагми. Шлунок утримується вздовж своєї поздовжньої осі, а його дно знаходиться нижче від шлунково-стравохідного сполучення. ГСОД II типу є чистими параезофагеальними грижами: шлунково-стравохідне з'єднання залишається у своєму нормальному анатомічному положенні, але частина дна випинається через стравохідний отвір діафрагми біля стравоходу. ГСОД III типу є поєднанням I і II типів, причому як шлунково-стравохідне з'єднання, так і дно шлунку зміщуються через згаданий отвір. Дно шлунку заходиться вище шлунково-стравохідного сполучення. ГСОД IV типу характеризуються наявністю іншого, ніж шлунок, анатомічної структури (наприклад, сальника, тонкого чи товстого кишечника) у грижевому мішку.

Понад 95 % таких гриж належать до I типу. Грижі II–IV типів означаються як параезофагеальні, і вони відрізняються від гриж I типу відносним збереженням задньо-латеральних діафрагмально-стравохідних з'єднань. Із параезофагеальних гриж понад 90% належать до III типу, II тип є найменш поширеним [7]. В літературі часто зустрічається термін «гігантська» параезофагеальна грижа, хоча її означення залишаються нечіткими. Різні автори пропонують застосовувати даний термін до гриж III і IV типів, хоча більшість дослід-

ників обмежують його параезофагеальними грижами розміром до S шлунка в грудній клітці [8,9].

Міграція шлунково-стравохідного сполучення в краніальному напрямку є наслідком ослаблення діафрагмально-стравохідної зв'язки. Зменшення кількості еластинових волокон призводить до розтягу зв'язки і проксимального зміщення вищезгаданого сполучення. Більшість випадків гриж стравохідного отвору є набутими. В літературі є згадки про одиничні сімейні кластери цього захворювання, а отже, в його розвитку свою роль грає і багатофакторна спадковість [10].

ГСОД асоціюються з важкими ускладненнями, такими як здавлення органів середостіння, заворот шлунка, перфорація, кровотечі, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, метастазії. Заворот шлунку є рідкісним станом, що характеризується патологічною ротацією цього органу, котра найчастіше асоціюється із параезофагеальними грижами стравохідного отвору. Заворот може розвиватися в черевній або грудній порожнині і його класифікують відповідно до осі ротації, як органоаксіальний або мезентероаксіальний. Перший з них є найпоширенішим, при цьому ротація виникає вздовж довгої осі шлунка, котра сполучає шлунково-стравохідне сполучення і пілорус. Мезентероаксіальний варіант із ротацією навколо короткої осі шлунка, яка пересікає його малу і велику кривизну, є рідший. Може зустрічатися їх поєднання. ГСОД із внутрішньогрудним гострим заворотом шлунка, зазвичай, проявляється прогресуючим болем у грудях, сильним блюванням і здуттям епігастральної ділянки. Класична триада Борхарда, що включає гострий епігастральний біль, непродуктивне відригування і неможливість накласти назогастральний зонд, характерна для повної непрохідності шлунка [11].

До ключових факторів успіху операцій у хворих з ГСОД відносять: криву навчання хірургів, вибір фундоплікації та крурорафії, передопераційну комплаєнтність хворого до антисекреторних препаратів, післяопераційні ускладнення, психічний стан пацієнта, атипові симптоми, функцію стравоходу і типи рефлюксу [12].

Мета роботи – проаналізувати результати лікування хворих з ГСОД.

Матеріали та методи

Проаналізовано результати лікування 240 пацієнтів з ГСОД (133 жінок і 107 чоловіків, середній вік – 58±5,01 років, середній ІМТ – 32 кг/м²), які прооперовані у клініці хірургії та ендоскопії ФПДО Львівського національного медичного університету з 2005 по 2016 роки. З метою діагностики ГСОД виконували: ретельний аналіз скарг хворого, анамнез захворювання, езофагогастроуденоскопію (ЕФГДС), рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту та грудної клітки, ЕКГ, а також вивчали функцію зовнішнього дихання. Дослідження проводили методом ретроспективного аналізу, шляхом опрацювання історій хвороб та стандартизованих анкет за шкалою DeMeester за період з 2005 по 2016 роки. Всі операції проведені відеолaparоскопічним методом.

Результати та обговорення

Найбільш характерним симптомом був біль за грудиною після вживання їжі, що зустрічався у 90,8 % хворих. У 89,8% пацієнтів зустрічалась печія, у 79,5 % – відрижка кислим, у 64,4 % – дисфагія, у 14,5 % – кардіалгія. Ковзну грижу стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 90,2 % хворих, параезофагеальну – у 1,1 %, змішану – 8,7 % пацієнтів. Середніх розмірів – у 33,9 % пацієнтів, великих – у 47,2 % хворих, гігантську d” 8 см – у 18,9 % оперованих. Специ-

фічність ЕФГДС становила 89–92 %, рентгеноскопія ШКТ із сульфатом барію – 90–96 %.

Всіх хворих було поділено на 4 групи залежно від типу операцій. Перша група – 196 хворих, у яких виконано відеолапароскопічну задню крурорафію, фундоплікацію за Ніссеном, друга група (15 пацієнтів) – крурорафію, фундоплікацію за Ніссен-Розетті, третя група (24 хворих) – крурорафію, фундоплікацію за Туле, четверта група (5 пацієнтів) – крурорафію, фундоплікацію за Дором.

У першій групі хворих середня тривалість операції становила 118±10 хв. Серед інтраопераційних ускладнень було ушкодження селезінки з кровотечею в 1 (0,5 %) хворого. У другій групі пацієнтів серед інтраопераційних ускладнень спостерігалось ушкодження селезінки з кровотечею в 1 (6,6%) хворого. Середня тривалість операції 90±15 хв. У третій та четвертій групах не було інтраопераційних ускладнень. Тривалість операції в середньому становила 120±25 хв. Тривалість перебування пацієнтів в стаціонарі для всіх груп становила від 3 до 7 діб. Не було жодного випадку міграції антирефлюксної манжети, післяопераційних гнійно-септичних чи тромбоемболічних ускладнень. Усім пацієнтам проводилась антибіотикопрофілактика, профілактика ТЕЛА, противиразкова і протизапальна терапія, знеболення після операції.

Висновки

1. Найбільш частим симптомом був біль за грудиною після вживання їжі, що зустрічався у 90,8 % хворих. У 89,8% пацієнтів зустрічалась печія, у 79,5 % – відрижка кислим.

2. Ковзну грижу стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 90,2 % усіх оперованих

3. Специфічність ЕФГДС становила 89–92 %, рентгеноскопія ШКТ зі сульфатом барію – 90–96 %

4. Відеолапароскопічні операції при ГСОД – ефективні у відновленні цілісності механічного бар'єру, вони безпечні, сприяють поліпшенню якості життя пацієнтів

Література

1. Бойко В. В. Хирургическое лечение диафрагмальных грыж / В. В. Бойко, В. П. Далаурак // Харківська хірургічна школа. – 2011. - №5(50). – С. 92-94
2. Грабовецький С. А. Лекції / С. А. Грабовецький, І. І. Одінцова, Т. Р. Ткачук, І. В. Харківська // Радіологічний вісник. 2014. 4(53). С.32-38
3. Laparoscopic repair of large paraesophageal hernia is associated with a low incidence of recurrence and reoperation / Andujar J. J., Papasavas P. K., Birdas T., Robke J., Raftopoulos Y., Gagne D. J., Caushaj P. F., Landreneau R. J., Keenan R. J. (2004) //Surg Endosc 18:444-447
4. Barrett N. R. (1954) Hiatus hernia: a review of some controversial points. Br J Surg 42:231-243
5. Classification of hiatal hernias using dynamic three-dimensional reconstruction. / Kavic S. M., Segan R. D., George I. M., Turner P. L., Roth J. S., Park A. (2006) //Surgical innovation 13:49-52
6. Hutter M. M. (2007) Paraesophageal and other complex diaphragmatic hernias. In: Yeo CJ (ed) / Hutter M. M., Rattner D. W. // Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract Saunders Elsevier, Philadelphia, pp 549-562.
7. Landreneau R. J. (2005) Management of paraesophageal hernias. / Landreneau R. J., Del Pino M., Santos R. (2005) //The Surgical clinics of North America 85:411-432.
8. Awais O (2009) Management of giant paraesophageal hernia / Awais O, Luketich J. D. // Minerva Chir 64:159-168.

9. Mitiek M. O. (2010) Giant hiatal hernia / Mitiek M. O. , Andrade R. S. //Ann Thorac Surg 89:S2168-2173.

10. Elastic fiber depletion in the supporting ligaments of the gastroesophageal junction: a structural basis for the development of hiatal hernia /Curci J. A., Melman L. M., Thompson R. W., Soper N. J., Matthews B. D. (2008) //J Am Coll Surg 207:191-196.

11. Cardile A. P. (2011) Gastric volvulus, Borchardt's Triad, and Endoscopy / Cardile A. P., Heppner D. S.// A Rare Twist. Hawaii Med J 70:80-82.

12. Guidelines for Surgical Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. Practice/ Dimitrios S, William W. Hope, Geoffrey P. Kohn, Patrick R. Reardon, William S. (2010) //Clinical Guidelines published by the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES).

Стасишин А. Р.

Диафрагмальные грыжи в клинической хирургической практике

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, кафедра хирургии и эндоскопии ФПДО

Резюме. Проанализированы результаты лечения 240 пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГСОД), которые прооперированы в клинике хирургии и эндоскопии ФПДО Львовского национального медицинского университета с 2005 по 2016 годы. С целью диагностики ГСОД исполняли: анализ жалоб больного, анамнез заболевания, эзофагогастродуоденоскопию, рентгеноскопию желудочно-кишечного тракта и грудной клетки, ЭКГ, а также изучали функцию внешнего дыхания. Исследования проводились методом ретроспективного анализа, путем обработки историй болезней и стандартизированных анкет по шкале DeMeester. Наиболее характерным симптомом была боль за грудиной после еды, что встречалось в 90,8 % больных. В 89,8 % пациентов встречалась изжога, в 79,5 % - отрыжка кислым, в 64,4 % - дисфагия, в 14,5 % - кардиалгия. Скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы диагностирован у 90,2 % больных, параэзофагеальных - в 1,1 %, смешанную - 8,7 % пациентов. Все операции проведены видеолaparоскопическим методом. Не было ни одного случая миграции антирефлюксной манжеты, послеоперационных гнойно-септических или тромбоемболіческих осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа, диагностика, лечение.

A. R. Stasyshyn

Diaphragmatic Hernia in Clinical Surgical Practice

Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Abstract. Results of treatment of 240 patients with hiatal hernia (HH) who were operated in the hospital surgery and endoscopy Lviv National Medical University from 2005 to 2016 were analyzed. Analysis of patient complaints, medical history, esophagogastroduodenoscopy, X-ray examination of the gastrointestinal tract and chest were performed and the lung function was studied to make HH diagnosis. The research was conducted performing retrospective analysis, processing treatment history and standardized questionnaires according to DeMeester scale. The most common symptom was chest pain after eating which occurred in 90.8 % of patients. Heartburn was observed in 89.8 % of patients, regurgitation was noted in 79.5 % of cases, dysphagia occurred in 64.4 % of patients, cardialgia was observed in 14.5 % of cases. Sliding hiatal hernia was diagnosed in 90.2 % of patients, paraesophageal one in 1.1 % of cases, mixed one in 8.7 % of patients. All operations were performed using videolaparoscopic method. No single case of migration antireflux wrap, postoperative septic or thromboembolic complications were observed in the early postoperative period.

Keywords: diaphragmatic hernia; diagnostics; treatment.

Надійшла 17.06.2016 року.