

Бобомурадов Б.М.¹, Гуламов О.М.¹, Ахмедов Г.К.², Обидов Ш.Х.²

1. ГУ «РСПМЦХ им. акад. В.Вахидова», г. Ташкент

2. Самаркандский Государственный медицинский университет

Малоинвазивная хирургическая тактика при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы

Аннотация. В основе статьи лежат данные диагностики и различные методы хирургического лечения 104 пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, пролеченных в отделении торакоабдоминальной онкохирургии ГУ «РНЦПМЦХ им. акад. В.В. Вохидова». Показаны особенности диагностики и хирургического лечения диафрагмальных грыж у наших пациентов.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эндоскопическое исследование, антирефлюксные операции.

Бобомурадов Б.М.¹, Гуламов О.М.¹, Ахмедов Г.К.², Обидов Ш.Х.²

1. “Академик В.Вохидов номидаги РИХИАТМ” ДМ, Тошкент ш.

2. Самарқанд Давлат тиббиёт университети

Диафрагма қизилўнгач тешиги чурраларида каминвазив хирургик тактика

Аннотация. Мақоламизнинг асосини «Акад. В.Вохидов номидаги РИХИАТМ» ДМ Торакоабдоминал онкохирургия бўлимида диафрагма қизилўнгач тешиги чурралари билан даволанган 104 нафар беморларнинг диагностика ва турлича хирургик даво усуллари ташкил қилади. Беморларимизда диафрагмал чурраларни ташхислашнинг ва хирургик давосининг ўзига хос хусусиятлари кўрсатилган.

Калит сўзлар: диафрагма қизилўнгач тешиги чурраси, гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги, эндоскопик текшириш, антирефлюкс операциялар.

Bobomuradov B.M.¹, Gulamov O.M.¹, Ahmedov G.K.², Obidov Sh.X.²

1. State Institution “RSCPMCS named after academician V. Vakhidov”, Tashkent

2. Samarkand State Medical University

Minimally invasive surgical tactics for hiatal hernias

Abstract. The basis of our article is the diagnostic and various surgical methods of 104 patients treated with hiatal hernias in the Department of Thoracoabdominal Oncosurgery of the State Institution “RSCPMCS named after acad. V. Vakhidov”. The specific features of diagnosis and surgical treatment of diaphragmatic hernias in our patients are shown.

Key words: hiatal hernia, gastroesophageal reflux disease, endoscopic investigation, antireflux surgery.

Актуальность: По данным разных авторов, с развитием разных диагностических инструментарий диагноз грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) встречается более чаще чем 30 лет тому назад и среди патологий органов пищеварения он уступает только хроническому холециститу и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки [2, 6,

11].

По противоположникам хирургической терапии развитие фармакотерапии дал огромную возможность лечения язвенной болезни и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Можно сказать, что до сих пор идёт большой спор между медикаментозной и хирургической лечения ГЭРБ [3, 8, 15].

По данным некоторых авторов, длительное время употребление ингибиторов пропеновой помпы (ИПП) не только уменьшает симптоматику, но и приводит полному временному улучшению состояния больного. Но когда прекращается консервативная терапия, то через некоторое время появляется симптоматика ГЭРБ. Такие рецидивы могут привести к развитию разных осложнений [1, 5, 10, 14].

ГПОД и ГЭРБ чаще всего осложняется язвой или стриктурой пищевода, кровотечением и перфорацией стенки пищевода, но особенно, из-за метаплазии цилиндрического эпителия может развиваться «пищевод Баррета» (ПБ), которое может перейти в аденокарциному [4, 9, 12].

Внедрение и развитие малоинвазивных методов лечения, особенно лапароскопии дала «большой доступ» при лечении больных с ГПОД и расширил показания к оперативному лечению [7, 13].

Цель исследования: Изучить особенностей диагностики и разных тактик хирургического лечения больных с ГПОД.

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты хирургического лечения 104 больных с ГПОД оперированных в отделении Торакоабдоминальной онкохирургии ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» в период 2021-2023 гг. Возраст пациентов колебался от 21 до 67 г, в среднем 38,5 л. Преобладали пациенты женского пола: женщин – 63 (60,6%), мужчины – 41 (39,4%). По возрасту видно, что основную массу (84,6%) составило пациенты в трудоспособного возраста (Таб. 1).

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту.

Пол	19-44	45-59	60-74	75 <
Муж. (n=41)	16	18	7	-
Жен. (n=63)	31	21	11	-
Всего (n=104)	47	39	18	-

При поступлении пациентов основных жалоб было изжога (93%), отрыжка (65%), боли в областях эпигастрии и за грудиной (34%), а тошнота и рвота наблюдалось у 27% пациентов, в основном у пациентов с хроническими холециститами, икота и регургитация в 12% пациентов. А также, из них 18% пациентов наблюдались жалобы на патологии других органов (отдышка, боли в области сердца, сердцебиение, особенно после употребления пищи, постоянное покашливание).

Всем больным проводились стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования: включая ЭГДФС (в динамике), УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, рентгенологические исследования (обзорная безконтрастная и контрастная рентгенография органов верхнего отдела пищеварительного тракта), МРТ, МСКТ, ЭхоКГ.

Эндоскопическое исследование проводилось несколько раз (до и после операции). При выявлении рефлюкс-эзофagита, особенно при подозрениях на пищевода Барретта (“языки пламени” над кардией) эндоскопическое исследование проводилось в узкоспектральном режиме (режим-NBI). Рентген-контрастное исследование проводилось всем пациентам. Исследование проводили пациента в вертикальном положении и в позе Тренделенбурга. Все

больные в предоперационном периоде осмотрены специалистами (кардиологом, пульмонологом, анестезиологом, женщины гинекологом, по показанию эндокринологом и др.).

При распределении больных с ГПОД мы использовали классификацию рекомендованной Американской ассоциации гастроэнтерологических и эндоскопических хирургов (SAGES) в 2013 г. При определении рефлюкс-эзофагита использовали классификацию M.Savary и G.Miller. У пациентов с ПБ использовали Пражскую классификацию, предложенную Международной Рабочей Группой 2004 году.

По ходу обследования у некоторых больных кроме ГПОД выявлена разные сопутствующие патологии: заболевания органов кровообращения – у 37 (35,6%) пациентов, у 4 (3,8%) – органов дыхания, у 31 (29,8 %) – пациентов ожирение различной степени и у 18 (17,3%) пациентов диагностирована сахарный диабет, II типа. А также, выявлено несколько патологии органов брюшной полости, как, хронический калькулезный холецистит, грыжи передней стенки живота и др. У некоторых больных наблюдалось сочетание нескольких сопутствующих заболеваний. Все пациенты с сопутствующими патологиями подготовлены к операциям в амбулаторной и стационарной условиях. У одной пациентки зарегистрирован рецидивная грыжа ПОД.

Больные разделены на 2 группы: 1-группу составило 71 (68,3%) пациентов, которым произведено лапароскопическая крурорафия ножек диафрагмы и фундопликация по Ниссену. Больным 2-группы (n=33 (31,7%)) выполнено фундопликация по Тупе лапароскопическим путем.

Результаты и обсуждения. При эндоскопических исследованиях у 46 (44,2%) пациентов было подозрение на ПБ и им проведена эндоскопия с узкоспектральной визуализацией (в режиме NBI) на эндоскопе CV-170 фирмы Olympus. Из них у 31 пациентов при подозрении на разные патологии слизистой оболочки пищевода при эндоскопии из нескольких участках по Сизтлскому протоколу (не менее 3-4 фрагментов на расстоянии около 1-2 см друг от друга) были взяты биопсийные материалы на гистологическую исследование для верификации патологических изменений. При этом у 23 пациентов в 42 участках выявилось характерные признаки пищевода Барретта (наличие на эпителии пищевода цилиндрических и бокаловидных клеток). При подозрении на аденокарциному пищевода, больных направляли в онкологический диспансер для более глубоких исследований.

При распределении типов грыж у пациентов, основном отмечены грыжи I типа (аксиальные) (n=96 (92,3%)): из них пищеводные – 12, кардиальные 46 случаев, кардиофундальные – 35 случаев и в 3 случаях выявлено субтотальные аксиальные ГПОД. У 6 (5,8%) пациентов выявлены грыжи II типа (параэзофагеальные): фундальные в 4 случаях и антральные в 2 случаях. В 2 (1,9%) выявлено грыжи треугольников диафрагмы Ларрей и Морганьи.

Все операции проведены под общим эндотрахеальным наркозом. Больным 1-группы (n=71 (68,3%)) произведена лапароскопическая крурорафия, фундопликация по Ниссену, больным 2-группы (n=33 (31,7%)) произведено задняя крурорафия и фундопликация по Тупе лапароскопическим путем. Некоторым пациентам 1-группы для улучшения эффективности и профилактики послеоперационных осложнений по показаниям произведено лапароконверсия, селективная проксимальная ваготомия и пилоропластика по Гейнику-Микуличу.

33 пациентам с сопутствующими абдоминальными заболеваниями одномоментно произведено симультанные операции. Из них холецистэктомия – у 25 (24%) пациентов, герниопластики грыж передней брюшной стенки у 5 (4,8%) пациентов, у 1 (0,96%) пациента в печени обнаружено образование и взято биопсийный материал. 2 (1,9%) пациенткам по желанию произведено добровольная хирургическая стерилизация.

В послеоперационном периоде всем больным сделано стандартные лечения, ранняя

активация пациентов. Пациенты выписаны в среднем через 2-3 дня после операций. Контрольный ЭГДФС проводили через 1-, 3-, 6- месяцев после операций. Эффективностью операций явилось исчезновение жалоб, остановка потребности к препаратам ИПП и улучшения качество жизни больных.

Выводы:

- Больные с ГПОД в дооперационном периоде должны тщательно исследованы по стандарту, особенно эндоскопия в узко-спектральном режиме (режим-NBI), для ранней выявления разных метапластических изменений слизистой пищевода, с последующей гистологическое исследование. При выявлении аденокарциномы пищевода больных надо направить на специализированные онкологические центры для верификации диагноза и комплексного лечения.
- В основном хороший результат даёт фундопликация по Ниссену, Больным с сопутствующими заболеваниями, рецидивным грыжами и при спаечного процесса брюшной полости показано фундопликация по Тупе.
- Больным рефлюкс – эзофагитом тяжелой степени с аксиальной грыжами ПОД, показано фундопликация по Ниссену - Черноусову с селективной проксимальной ваготомией и пилоропластикой по Гейнику-Микуличу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арзуманян А.М. и соавт. Современные методы оперативного лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) // «StudNet» №1/2022. С. 701-712.
2. Васильев Ю.В. Пищевод Барретта: этиопатогенез, диагностика, лечение больных. Трудный пациент. №7, том 4, 2006 г. С. 29-37.
3. Гуламов О.М., Ахмедов Г.К., Махмудов С.Б., Нарзуллаев Ш.Ш. Особенности диагностики и хирургической тактики при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. // Проблемы биологии и медицины. 2022, №3 (136). С. 21-24.
4. Гуламов О.М., Бабажанов А.С., Ахмедов Г.К., Алимов Ж.И., Шеркулов К.У. Диагностическая и лечебная тактика при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. // ISSN 2541-7851. Вестник науки и образования № 3(106). Часть 2. 2021. С.62-66.
5. Зябрева И.А., Джулай Т.Е. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: спорные, нерешенные и перспективные аспекты проблемы (обзор литературы). Верхневолжский медицинский журнал. 2015;14(4):24-28.
6. Плаксин С.А., Котельникова Л.П. Двусторонние посттравматические диафрагмальные грыжи. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2015;1:47-51.
7. Тимербулатов М.В. Повторные операции после лапароскопических фундопликаций // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2019. – №10. – С. 29–35.
8. Черкасов М.Ф., и др. Принципы диагностики и лечения пищевода Барретта. //Современные проблемы науки и образования. 2017. №4. С. 45-49.
9. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Опыт применения фундопликации и гастропликации при лечении рефлюкс-эзофагита при кардиофундальных, субтотальных и тотальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. // Новости хирургии. Том 27. № 5. 2019. С 586-594.
10. Grintcov A.G., and others. Causes of unsatisfactory results after laparoscopic hiatal hernia repair. Research and Practical Medicine Journal. 2021;8(1):40-52.
11. Gulamov O.M., Babajanov A.S., Ahmedov G.K., Achilov M.T., Saydullaev Z.Ya., Khudaynazarov U.R., Avazov A.A. Modern methods of diagnosis and treatment of barrett esophagus. // Doctor's herald №2(94)-2020. ISSN 2181-466X. 116-120. DOI: 10.38095/2181-466X-2020942-

116-120.

12. Kohn G.P., Price R.R., DeMeester S.R., Zehetner J. Guidelines for the management of hiatal hernia. Surgical endoscopy. 2013;27(12):4409–4428.

13. Mirzakhitovich G.O., Sultanbaevich B.A., Keldibaevich A.G., Ibodullayevich A.I. & Usmanovich SH.Q. (2021). Diagnostic and treatment tactics in gastroesophageal reflux disease. SCIENTIFICJOURNAL. ISSN 2541-7851. № 3 (106). P 2. (62-66).

14. Nikolic Milena, · Schwameis Katrin. · Persistent dysphagia is a rare problem after laparoscopic Nissen fundoplication // Surgical Endoscopy, 20 August 2018. 64-71. <https://doi.org/10.1007/s00464-018-6396-5>.

15. Trepanier M., and others. Comparison of Dor and Nissen fundoplication after laparoscopic paraesophageal hernia repair. Surgery. 2019;166(4): 540-546.

Muallif bilan bog‘lanish uchun e-mail	Author's contact email	Email для связи с автором
dr_gayrat@inbox.ru		