

УДК 616.329-007.43-089.844

*О.В.Алексєнко, В.Б.Рєва, В.Ю.Соколов, О.О.Алексєнко*

## ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГРИЖАМИ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Кафедра госпітальної хірургії (зав. – проф. О.В.Алексєнко)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** З метою вивчення ефективності розробленого в клініці методу пластики при грижах стравохідного отвору діафрагми вивчено віддалені результати хірургічного лікування (строком від 6 місяців до 8 років) у 92 хворих. Для цього виконано уніфікований діагностичний комплекс обстежень, що містить рентгенологічне та ендоскопічне обстеження, рН-метрію стравоходу та шлунка, зондові проби з метиленовим синім та Bernstein.

**Ключові слова:** грижі стравохідного отвору діафрагми, хірургічне лікування.

**Вступ.** Проблема хірургічного лікування хворих з грижами стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) не втрачає своєї актуальності і в теперішній час, оскільки більшість існуючих методів корекції дають велику кількість рецидивів захворювання і гастро-езофагеального рефлюксу (ГЕР) (від 5 до 12%), що виникають через 2-3 роки після операції. З метою оцінки ефективності використання розробленого в клініці методу пластики [1] вивчено віддалені результати хірургічного лікування у 92 із 120 хворих, прооперованих з приводу ГСОД упродовж останніх 10-ти років.

**Матеріал та методи.** Нами обстежено в строки від 6 міс. до 8 років 58 хворих, оперованих за методом клініки (основна група) та 34 - з використанням інших методик (контрольна група): 10 хворих оперовані за методом Ніссена, 15 хворих з використанням методу Дора; операції Аллісона та Латаста виконано відповідно 4-ом та 3-ом хворим. У двох випадках використано діафрагмокрурорафію, в одному - пластику стравохідного отвору діафрагми за Тупе (табл.1).

Оцінювали суб'єктивні відчуття, дані рентгенологічного та ендоскопічного досліджень, показники рН-метрії стравоходу і шлунка, дані зондових проб із метиленовим синім та Bernstein [2,3]. За матеріалами лабораторних досліджень вивчали показники периферійної крові, ШОЕ, цукор крові, загальний білок, дані іонограми та коагулограми. При цьому для клінічної оцінки результатів лікування дотримувалися критеріїв, рекомендованих С.А.Шалімовим та співавт. [4]: “відмінні”, “добрі”, “задовільні” та “незадовільні”.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Троє хворих з основної групи скаржились на періодичні болі в епігастрії та нудоту. Після комплексного стаціонарного обстеження встановлено наявність хронічного панкреатиту.

## Віддаленні результати хірургічного лікування хворих з ГСОД

Спосіб пластики	Кількість хворих	Наявність скарг	Рецидив ГЕР	Рецидив ГСОД
Метод клініки	58	3*	0	0
Пластика за Dor	15	1*	0	0
Пластика за Nissen	10	3	1	0
Пластика за Allison	3	3	2	0
Пластика за Latastae	3	0	0	0
Пластика за Toupet	1	0	0	0
Діафрагмокрурорафія	2	2	2	0

**Примітка.** \* - турбують нудота та болі в епігастрії.

За рентгенологічного обстеження у всіх хворих основної групи спостерігалось повне відновлення замикаючої функції кардії та нормальна прохідність стравоходу. Газовий міхур шлунка мав звичайну форму, кут Гіса відновлений, внутрішньочеревний відділ стравоходу та кардія розташовувались в черевній порожнині під діафрагмою та були малорухливі. Ознак гастро-езофагеального рефлюксу чи грижі стравохідного отвору діафрагми невиявлено.

Проведене ендоскопічне обстеження не встановило також наявності гастро-езофагеального рефлюксу або ознак грижі стравохідного отвору діафрагми. При проведенні внутрішньостравохідної рН-метрії у всіх хворих значення рН було в межах норми - від 6,0 до 7,0. Середнє значення рН в стравоході дорівнювало  $6,412 \pm 0,44$ , а до операції -  $3,286 \pm 0,2$ .

Проби з метиленовим синім та Вернштейн були від'ємними у всіх хворих основної групи.

Таким чином, результати оперативного лікування хворих в основній групі оцінено як "відмінні" у 94,07% хворих та "добрі" у - 5,93%. "Задовільних" та "незадовільних" результатів не відмічалось.

У контрольній групі серед обстежених хворих, оперованих за методом Дора, тільки у одного хворого були скарги на помірні болі в епігастрії та неможливість відригнути, які виникали після їжі. Рентгенологічне та ендоскопічне обстеження, внутрішньостравохідна рН-метрія та інфузійні проби не виявили рецидиву ГЕР або ГСОД. Значення рН було в межах від 6,0 до 7,0 (середнє значення -  $6,39 \pm 0,128$ ). Наявність больового синдрому у одного хворого обумовлена хронічним гастродуоденітом.

Результати хірургічного лікування у віддалені строки спостереження після виконання неповної фундоплікації за Дором оцінено як "відмінні" у 14 хворих і в одному випадку - як "добрі".

Аналіз результатів хірургічного лікування 10 хворих, оперованих із використанням фундоплікації за Ніссеном, показав, що двоє з них скаржились на неприсмні відчуття, утруднення при ковтанні та повноту в епігастрії після їжі. В одному випадку відмічено відновлення печії та відрижки.

При рентгенологічному обстеженні хворих з дисфагією виявлено збільшення розмірів газового міхура шлунка, уповільнення пасажу контрастної

речовини через зону кардії, що свідчить про гіперфункцію манжети. У хворого з рецидивом рефлюксу відмічено розправлення гострого кута Гіса та наявність пасивного рефлюксу в горизонтальному положенні тіла, що обумовлено, на наш погляд, частковим послабленням манжети. Ендоскопічне обстеження підтвердило наявність рефлюксу, значення рН у нижній третині стравоходу дорівнювало 3,7. Позитивною виявилась і проба з метиленовим синім. В інших випадках рецидиву ГЕР і ГСОД не виявлено.

Результати хірургічного лікування розцінено як “відмінні” у 5 хворих, “задовільні” - у 3, “незадовільні” - у 2 хворих. При цьому зберігся практично весь доопераційний симптомокомплекс та мав місце рецидив гастро-езофагеального рефлюксу.

Збереження або відновлення печії та відрижки констатовано у всіх хворих, яким було виконано діафрагмокрурорафію і пластику за методом Allison. Рентгенологічне обстеження виявило зменшення розмірів газового міхура шлунка та тупий кут Гіса. Зберігався як активний, так і пасивний рефлюкс шлункового вмісту в горизонтальному і вертикальному положеннях тіла хворого. Наявність рефлюксу підтверджена рН-метрією. При ендоскопії також спостерігали гастроезофагеальний рефлюкс. Виявлено зіяння кардії, а у трьох хворих - катаральний езофагіт. Показники рН у хворих після діафрагмокрурорафії наближались до 7,0, що можна пояснити наявністю лужного рефлюксу, обумовленого виконанням цим хворим резекції шлунка при поєднанні виразкової хвороби та ГСОД. ГЕР підтверджено при проведенні проби з метиленовим синім.

При обстеженні через 5 років одна хвора після пластики стравохідного отвору за Аллісоном скаржилась на часті приступоподібні болі в правому підребер'ї, нудоту та гіркоту в роті. Після проведення ультразвукового дослідження діагностовано жовчнокам'яну хворобу. Виконано холецистектомію. Контрольний огляд через рік показав, що скарг немає, хвора вважає себе практично здоровою.

Обстеження хворих, оперованих із використанням методів Toupet та Latastae, показало повне відновлення замикаючої функції кардії і відсутність рецидиву рефлюксу та грижі стравохідного отвору діафрагми.

Середнє значення рН в стравоході та шлунку в основній групі дорівнювало відповідно  $6,412 \pm 0,143$  та  $2,547 \pm 0,121$ . У контрольній групі рівень рН був дещо нижчим за рахунок випадків рецидиву рефлюксу та дорівнювало  $5,52 \pm 0,21$ . В шлунку показники рН були вищими -  $3,12 \pm 0,239$ .

Всім хворим проведено лабораторні дослідження периферійної крові. Зниження кількості еритроцитів нижче  $4,0 \cdot 10^{12}/л$  було зареєстровано лише у 1 хворого (1,9%) основної групи та у 3 (9,375%) - контрольної. Подібні зміни відмічено з боку показників гемоглобіну. Показники білої крові та ШОЕ зареєстровані в межах нормальних величин.

Біохімічні показники крові практично у всіх хворих знаходились в межах нормальних величин.

Таким чином, в контрольній групі хворих віддалені результати хірургічного лікування оцінено, як “відмінні” у 18 (52,9%) хворих, “добрі” - у 5 (14,7%), “задовільні” - у 4 (11,8%) хворих. У 7 (20,6%) хворих віддалені результати визнано “незадовільними”.

## **Висновки.**

1. Використання методів пластики стравохідного отвору діафрагми за Аллісоном, Ніссеном та ізольованої діафрагмокрурорафії не можна вважати доцільним через велику кількість рецидивів захворювання (до 21,9%).

2. Метод пластики ГСОД, розроблений в клініці та метод Дора дають найкращі результати лікування за наслідками обстеження у віддалені строки і можуть рекомендуватись як найбільш ефективні в хірургічному лікуванні.

**Література.** 1. *Алексеенко А.В., Столяр В.Ф., Сеньотович Р.В. и др.* Наша модификация пластики при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы//Вестн. хирургии. -1991. -N7/8. -С.108-112. 2. *Уткин В.В., Апиун Б.К.* Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. -Рига:Зинатне,1976. -176с. 3. *Шалимов А.А., Саенко В.Ф.* Хирургия пищеварительного тракта. - Киев:Здоров`я,1987. -568с. 4. *Шалимов С.А., Кондратенко П.М., Госр Я.В. и др.* Диагностика и хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы: Метод рекомендації. -Киев,1987. -24с.

## **LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH HIATAL HERNIA**

*O.V. Alekseienko, V.B.Reva, V.Yu.Sokolov, O.O.Alekseienko*

**Abstract.** We studied long-term results of surgical treatment of 92 patients, the terms ranging from 6 months to 8 years, with the aim of investigating the effectiveness of clinically elaborated method of hernioplasty in case of hiatal hernias. We used a consistent diagnostic complex which wich included an x-ray and endoscopic examination, pH-metry of the esophagus and stomach, tube probes with methylene blue and Bernstein.

**Key words:** hiatal hernia, surgical treatment.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

---