

УДК 616.34-007.43-031-089  
© С.В.Дергаль, В.К.Корытцев

## Способ лечения ущемленной параэзофагеальной грыжи С.В.ДЕРГАЛЬ, В.К.КОРЫТЦЕВ

Management of patient with strangulated paraesophageal hernia  
S.V.DERGAL, V.R.KORYTSEV

Городская больница №8, г. Самара

Городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова, г. Самара

Одним из грозных осложнений параэзофагеальных грыж является их ущемление [1]. На практике это осложнение встречается не часто, а клинические проявления при этом могут быть весьма разнообразными и имитировать другие острые заболевания грудной и брюшной полостей. По данным различных авторов наиболее короткий промежуток времени от момента поступления пациента до выставленного диагноза наблюдается в стационарах, которые имеют опыт лечения подобного рода пациентов [2]. Приводим клиническое наблюдение.

Пациент П. 1973 г.р. поступил в ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова 11.03.10 г. в 11.20 с жалобами на боли в грудной клетке, усиливающиеся при вдохе и глотании, одышку, слабость, тошноту. Больным себя считает в течении 6 суток, когда он после физической нагрузки почувствовал тянущие боли за грудиной. Интенсивность боли изменялась в зависимости от положения тела. Лежа боль за грудиной усиливалась, в положении стоя уменьшалась. Так же в горизонтальном положении появлялся непродуктивный кашель. 11.03.11 г. около 10.00, когда больной находился дома, при кашле боль за грудиной резко усилилась, стала нестерпимой, иррадиировала в спину и в оба надлечья. Интенсивность боли изменялась при положении тела. При осуществлении глотания болевой симптом резко усиливался. Появилось ощущение задержки проглоченной воды за грудиной. Через 30 минут после усиления клинических проявлений заболевания пациент был доставлен в стационар. При поступлении общее состояние тяжелое. Пациент возбужден, мечется по кровати. Лечь на спину не может из-за усиления болей. Кожные покровы бледные, влажные, холодные на ощупь. Дыхание несимметричное, поверхностное, ослаблено справа. Частота дыхательных движений 29 в 1 минуту. ЧСС 120 в 1 минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, чистый. Живот участвует в дыхании, при пальпации безболезненный. Печеночная тупость сохранена. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицателен. При поступлении в общем анализе крови гемоглобин – 130 г/л, эритроциты -  $4,17 \times 10^{12}/л$  лейкоциты -  $14,3 \times 10^9/л$ . После осмотра врача-хирурга поставлен диагноз: «Спонтанный разрыв нижней трети пищевода? Ущемлен-



Рис. 1. Ущемленная параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

ная параэзофагеальная грыжа?» Для подтверждения диагноза была выполнена обзорная рентгенография брюшной полости и грудной клетки. При исследовании диагноз ущемленной параэзофагеальной грыжи был подтвержден (рис. 1).

После 2-х часовой предоперационной подготовки пациент был взят на операцию. Операция: выполнена верхне-срединная лапаротомия. Желудок деформирован, сужен к диафрагме. Дно его и тело втянуто в пищеводное отверстие диафрагмы, пищеводно-желудочный переход в брюшной полости. После тракции желудок из пищеводного отверстия диафрагмы и средостения извлечен. На передней стенке желудка имеются линейные кровоизлияния в области ущемления. Стенки желудка в зоне ущемления и выше отечны. Извлеченная часть желудка жизнеспособна. Введен назогастральный зонд. Ревизия брюшной полости. Определяется резко увеличенное в размере пищеводное отверстие диафрагмы до 8 см. с ходом через него в заднее нижнее средостение. Определяется резкий перегиб тонкой кишки в области связки Трейца. Двенадцатиперстная кишка расширена до 5 см. Выполнена операция Стронга, дуоденоюнальный угол низведен. Другой патологии в брюшной полости не обнаружено. С целью исключения рецидива ущемления желудка в пищеводном отверстии диафрагмы принято решение выполнить заднюю круорографию, для уменьшения размеров пищеводного отверстия диафрагмы, и с целью удержания желудка в брюшной полости выполнить терескардиогастропексию. Для

этого круглая связка печени мобилизована на 23 см, перитонизирована методом сшивания брюшины вокруг нее. Левая доля печени мобилизована, отведена медиально. Брюшина над абдоминальным отделом пищевода рассечена. В области пищеводного отверстия диафрагмы выраженный перизофагит. Абдоминальный отдел пищевода мобилизован. Связка Морозова рассечена. Пищевод взят на держалку. Двумя швами, с использованием нерассасывающих нитей, сшиты вместе правая и левая ножки диафрагмы, пищеводное отверстие диафрагмы сужено до 2 см. В пищеводное отверстие диафрагмы между его стенок и пищеводом легко проходит кончик указательного пальца. Мобилизованная ранее круглая связка печени проведена за пищеводом в виде петли и сшита сама на себя, а так же фиксирована к малой кривизне желудка. Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу. Контроль на гемостаз и инородные тела. Учитывая выраженный перизофагит и кровоточивость тканей при выделении пищеводно-желудочного перехода, к месту пластики и к ложу селезенки подведены дренажные трубки. Другой патологии в брюшной полости не выявлено. Послойные швы на рану. Асептическая наклейка. Длительность операции 1 час 35 мин.

Через сутки от момента операции пациенту извлечен назогастральный зонд. Начал принимать воду

### Список литературы

1. *Гешелин С.А.* Заворот желудка в диафрагмальной грыже Богдалека. *Клин. хирургия* 1979; 8: 66–79.
2. *Михалев А.И., Батьков В.А.* Редкий случай острого заворота желудка. *Рос. журн. по гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 1994; 4 (4): 109–11.

Поступила 27.09.2011 г.

через рот. Глотание безболезненное. На 2-е сутки - прием жидкой пищи, на 5-е – твердой пищи. Болевых ощущений и дисфагий нет. Дренажи из брюшной полости удалены на 3-и сутки после операции. Швы сняты на 12-е сутки. Послеоперационный период осложнился двусторонней пневмонией с правосторонним плевритом, в связи с чем однократно была выполнена плевральная пункция справа. Контрольная рентгеноскопия пищевода и желудка с барием проведена в день выписки пациента из стационара на 17 сутки. Положение газового пузыря дна желудка и желудочно-пищеводного перехода обычное. Барий проходит свободно, из желудка эвакуируется вовремя. Желудочно-пищеводных рефлюксов нет. Повторно осмотрен через 3 месяца. Жалоб нет. При контрольной рентгенографии пищевода и желудка с барием – без патологии.

### Выводы

При ущемленной параэзофагеальной грыже без некроза полого органа и достаточной длине абдоминального отдела пищевода, операция терескардиогастропексии может рассматриваться в качестве операции выбора, в связи с тем, что при ее выполнении нет необходимости дополнительно деформировать отечную стенку ущемленного желудка.

### Информация об авторах

1. Дергаль Сергей Владимирович – врач-хирург городской больницы №8; e-mail: sdergal@rambler.ru
2. Корытцев Владимир Константинович – д.м.н., врач-хирург городской клинической больницы №1 им. Н.И.Пирогова; e-mail: sdergal@rambler.ru