

5. Важно проведение послеоперационного динамического контроля состояния больного в целях раннего выявления рецидива основного заболевания и/или метастазов для последующего лечения.

#### Литература

1. Лагунова И.Г. Опухоли скелета. М.: Медицина, 1962.
2. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М.: Медицина, 1964.
3. Васильев Н.А., Кочергина Н.В. Лучевая диагностика и общие принципы дифференциальной диагностики опухолей костей и мягких тканей. М., 1994.
4. Забродина А.В. Лучевая диагностика остеогенных сарком. М., 1995.
5. Матиас Прокон, Михаэль Галански. Спиральная и многослойная компьютерная томография. в двух томах. Москва, «МЕДпресс-информ», 2007.

6. Francis A. Burgener, Steven P. Meyers. *Differential diagnosis in MRI*. Thieme Stuttgart, New York, 2002.

7. DeVita Jr. V.T., Hellman S., Rosenberg S.A. *Cancer: principles and practice of oncology*, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

8. Husband J.E.S., Reznick R.H. *Imaging in oncology*, Oxford, 1999.

9. Jelinec J.S., Murphey M.D. *Parosteal osteosarcoma: value of MR imaging and CT in the prediction of histologic grade*, Radiology, 1996.

10. Murphey M.D., Robbin M.R., McRae G.A. *AFIP archives: many faces of osteosarcoma*, Radiographics, 1997.

11. H. Hricak, J. Husband, David M. Panicek. *Oncologic Imaging: Essentials of Reporting Common Cancers*, W.B. Saunders Company, 2007.

## Гигантская грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

В.П. Кочуков, А.Г. Кирпичев, А.А. Ложкевич, И.А. Казьмин,  
Д.Л. Уваров, Е.Г. Островерхова, Е.М. Бачурина, И.Л. Самойленко  
ФГУ «Объединенная больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Данное клиническое наблюдение посвящено актуальной проблеме – лапароскопическим технологиям в хирургии грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Параэзофагеальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы составляют не более 0,4–1,4% клинических наблюдений. Основная литература по грыжам пищеводного отверстия диафрагмы посвящена скользящим грыжам, последние встречаются у 98,6–99,3% больных. Основное показание для оперативного лечения при параэзофагеальных грыжах – это высокая вероятность ущемления, выполнение операции при ущемленной параэзофагеальной грыже дает высокий процент летальности.

Приведенное клиническое наблюдение показывает, что при этих грыжах иногда достаточно выполнить простое рентгенологическое исследование грудной клетки, которое позволяет заподозрить наличие параэзофагеальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (они чаще бывают фиксированными). Контрастное полипозиционное исследование только подтверждает диагноз.

Цель публикации данного клинического наблюдения – демонстрация возможности и адекватности оперативного лечения параэзофагеальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы с использованием лапароскопических технологий.

**Ключевые слова:** грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, лапароскопическая хирургия, рентгенологическое исследование желудка, параэзофагеальные грыжи.

The present clinical observation touches an actual medical problem – laparoscopic technologies for surgical treatment of hernias in the esophageal opening of the diaphragm.

Paraesophageal hernias of the esophageal opening of the diaphragm constitute not more than 0.4–1.4% of clinical observations. The majority of literature sources on hernias of the esophageal opening of the diaphragm discusses sliding hernias which are met in 98.6–99.3% of patients. The main indication for surgical treatment of paraesophageal hernias is a high risk of hernia strangulation; surgical treatment of strangulated paraesophageal hernias has a high mortality rate.

The given clinical observation shows that in case of such hernias a simple X-ray examination of the thoracic cavity may raise a suspicion of paraesophageal hernia of the diaphragm esophageal opening (most often such hernias are fixed). A contrast polyposition examination only confirms the diagnosis.

The aim of the present paper is to demonstrate possibilities and reasonability of surgical treatment of paraesophageal hernias in the esophageal opening of the diaphragm using laparoscopic techniques.

**Key words:** hernias of the esophageal opening of the diaphragm, laparoscopic surgery, X-ray stomach examination, paraesophageal hernias.

С внедрением лапароскопических технологий, которые позволяют свести к минимуму травматичность оперативных вмешательств, открылись новые возможности в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы на современном этапе.

Б.В. Петровский и соавт. [1] предложили следующую классификацию грыж пищеводного отверстия диафрагмы:

1. Скользящие (аксиальные) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:

1. Пищеводная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Кардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
3. Кардиофундальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

II. Параэзофагеальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:

1. Фундальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Антральная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
3. Кишечная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (тонкокишечная и толстокишечная).
4. Комбинированная кишечно-желудочная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
5. Сальниковая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

III. Гигантские грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:

1. Субтотальная желудочная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Тотальная желудочная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

IV. Короткий пищевод 1-й и 2-й степени:

1. Приобретенный короткий пищевод.
2. Врожденный короткий пищевод.

Среди всех грыж пищеводного отверстия диафрагмы 98,6–99,3% составляют аксиальные грыжи, из которых 95,9% кардиальные, 2,3% кардиофундальные, 0,4% субтотальные.

Параэзофагеальные грыжи и врожденный короткий пищевод составляют 0,4–1,4 и 0,3% соответственно.

При параэзофагеальных грыжах кардия остается фиксированной под диафрагмой, а тот или иной орган брюшной полости смещается в средостение рядом с пищеводом. Поэтому грыжа носит название параэзофагеальной или околопищеводной.

Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы получили свое название в связи с тем, что в образовании грыжевого мешка участвует задняя стенка верхней части кардиального отдела желудка, которая не покрыта брюшиной. Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы иногда называют аксиальными, так как смещение происходит по оси пищевода. Скользящие грыжи могут быть фиксированными и нефиксированными. В последнем случае они самостоятельно вправляются при вертикальном положении больного.

Скользящие грыжи никогда не ущемляются, в то время как параэзофагеальные грыжи могут часто ущемляться.

Параэзофагеальные грыжи могут прогрессировать по мере увеличения фундальной грыжи, расслабления пищеводно-диафрагмальной мембраны, в средостение смещается кардия с большей частью желудка и переходит в кардиофундальную.

При параэзофагеальных грыжах, учитывая их склонность к ущемлению, следует отдавать предпочтение хирургическому методу лечения. Механизм ущемления параэзофагеальных грыж представлен следующим образом: отток крови в сдавленных грыжевых воротах прекращается вначале венозный, затем артериальный приток крови, вследствие чего развивается картина истинного ущемления с вытекающими грозными осложнениями.

Имея достаточно большой опыт лапароскопических операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (более двухсот), с параэзофагеальной гигантской

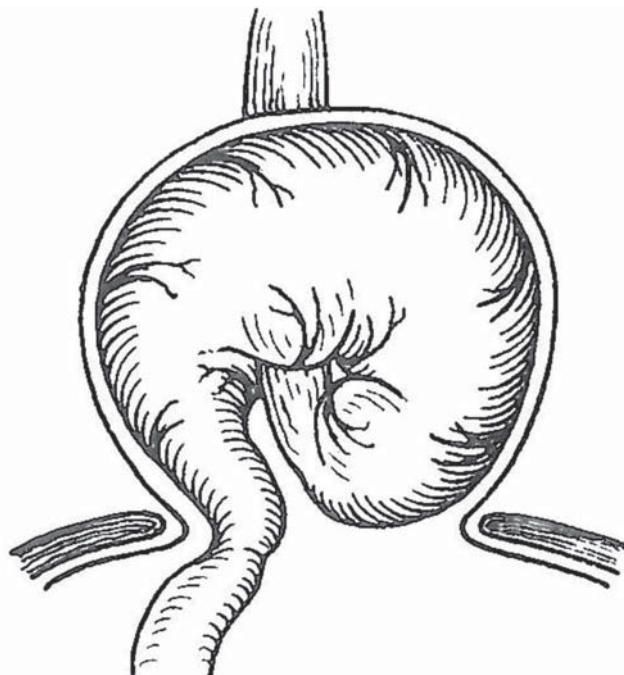


Рис. 1. Тотальная желудочная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, по И. Литману (1970) «Upside-down stomach».

грыжей пищеводного отверстия диафрагмы мы встретились впервые.

В литературе недостаточно описаны клинические наблюдения гигантских параэзофагеальных грыж, таких как тотальная желудочная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, по И. Литману (1970) «Upside-down stomach» (рис. 1).

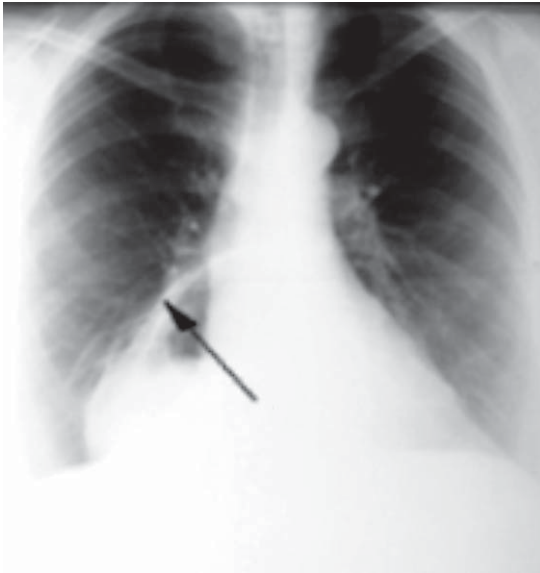
Учитывая редкость данных грыж, сложность диагностики и оперативного лечения, на наш взгляд, приводимое клиническое наблюдение представляет определенный интерес. Кроме того, нами использованы лапароскопические технологии в устранении данной грыжи.

Больной Х., 67 лет, поступил в плановом порядке 22.06.10 г. с диагнозом гигантская параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы («грудной желудок»). Из анамнеза известно, что в течение 10 лет больного беспокоят тупые, ноющие боли в эпигастрии, одышка при физической нагрузке, периодические перебои в сердце, изжога, чувство быстрого насыщения. В 1999 г. при выполнении обзорной рентгенографии органов грудной клетки и рентгеноскопии желудка выявлена фиксированная параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (рис. 2).

От предложенного оперативного вмешательства больной отказался.

В последние годы вышеперечисленные жалобы стали нарастать, дважды был эпизод резкого болевого синдрома, связанный с перееданием, после обильной рвоты, которую больной самостоятельно вызвал, приступ самостоятельно купировался. При исследовании желудка в мае 2010 г. отмечено, что грыжа стала увеличиваться (рис. 3), после дополнительных методов обследования, включая УЗИ брюшной полости, ФГС, УЗДГ нижних конечностей, ЭКГ, консультации кардиолога, принято решение о проведении лапароскопической операции.

При ФГС – переходная линия на 38 см, аппарат введен в свод желудка, свод широкий, развернут, прове-



**Рис. 2.** Фиксированная паразофагеальная грыжа пищевода-ного отверстия диафрагмы. Указана стрелкой.

сти аппарат через переходную складку в тело желудка не представляется возможным из-за сопротивления аппарата. Желудок вытягивается, в своде желудка слизистая розового цвета, дальнейшее исследование прекращено.

При выполнении рентгеноскопии желудка: пищевод свободно проходим для бариевой взвеси, в нижней трети пищевод извитой, несколько смещен вправо и кзади. Складки слизистой в нижней трети пищевода утолщены. Кардия располагается на уровне диафрагмы, в то время как проксимальная часть желудка (свод и часть желудка) смещена в грудную полость, располагается в заднем средостении, имеет форму крючка. Дистальный отдел желудка находится в брюшной полости, расположен высоко вертикально. Участок тела желудка, находящийся на уровне пищевода отверстия диафрагмы, выглядит несколько суженным, однако стенки его сохраняют эластичность, рельеф слизистой прослеживаются. В проксимальных отделах желудка складки слизистой продольные, среднего калибра. Патологических образований на пневморельефе и по контурам желудка не выявлено. Стенки желудка эластичные. Перистальтика активная. Начальная эвакуация своевременная. Луковица двенадцатиперстной кишки повернута кзади и книзу, заметно не деформирована. Петля двенадцатиперстной кишки оголена из-за высокого положения желудка.

**Заключение:** гигантская паразофагеальная грыжа пищевода отверстия диафрагмы. Рентгенологическая картина дистального эзофагита.

Таким образом, на основании клинических данных, в анамнезе дважды эпизод ущемления, эндоскопических и рентгенологических методов исследования больному поставлен диагноз: гигантская паразофагеальная грыжа пищевода отверстия диафрагмы, эзофагит. Склонность к ущемлению.

23.06.10 г. под эндотрахеальным наркозом больному выполнены лапароскопическая операция в объеме задней и передней крурорафии и фундопликации по Ниссену – Розетти, дренирование брюшной полости.



**Рис. 3.** Гигантская фиксированная паразофагеальная грыжа пищевода-ного отверстия диафрагмы.

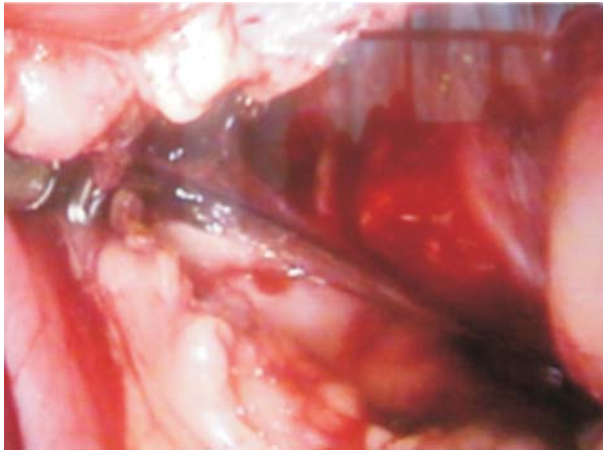
*Краткое описание операции.* Пациент на операционном столе на спине с приподнятым головным концом и поворотом влево на 25–30°. Точки введения троакаров типичные для лапароскопической фундопликации. Первый троакар диаметром 10 мм на 2–3 см выше пупка по средней линии, для введения лапароскопа, затем второй троакар диаметром 5 мм в эпигастрии на 2 см ниже мечевидного отростка, третий и четвертый троакары в области левого и правого подреберья по передней подмышечной линии (диаметром 10 мм), пятый 10-миллиметровый в области левого подреберья по передней подмышечной линии (рис. 4).

После введения всех троакаров и обзорной лапароскопии органов брюшной полости выявили, что желудок полностью находится в грудной полости, фиксирован, на уровне грыжевых ворот находится двенадцатиперстная кишка.

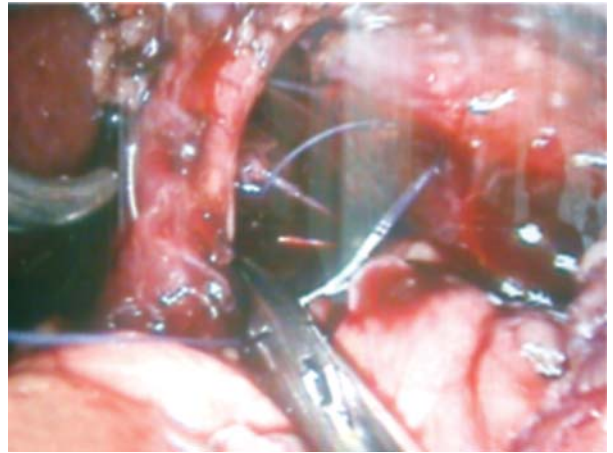
Произведена поэтапная мобилизация печеночно-желудочной связки (*pars flaccida*) с клипированием дополнительной ветви левой печеночной артерии. На следующем этапе, после того как ассистент с использова-



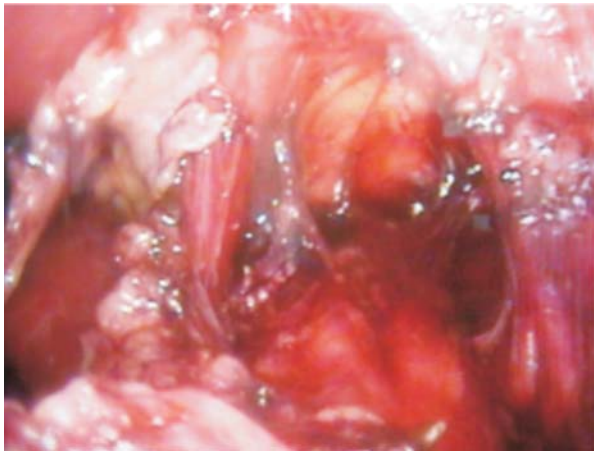
**Рис. 4.** Точки введения троакаров.



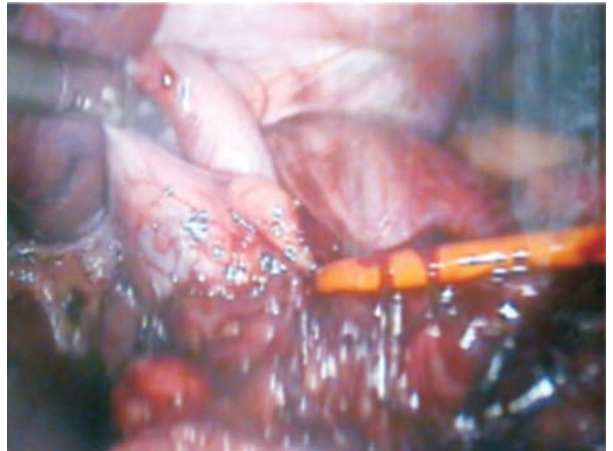
**Рис. 5. Мобилизация абдоминального отдела пищевода.**



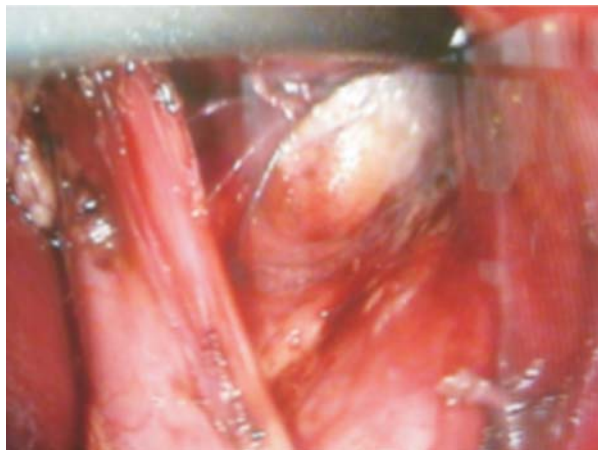
**Рис. 8. Задняя крурорафия.**



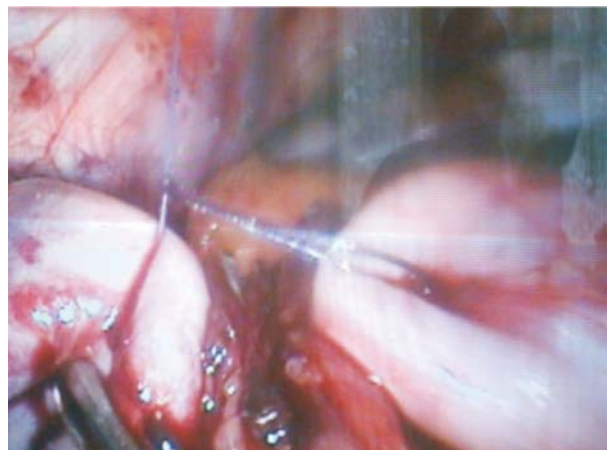
**Рис. 6. Дефект в пищеводном отверстии диафрагмы (вид спереди).**



**Рис. 9. Проведение желудочной манжетки (позади пищевода).**



**Рис. 7. Дефект в пищеводном отверстии диафрагмы (позади пищевода).**



**Рис. 10. Наложение первого шва (на желудочную манжетку).**

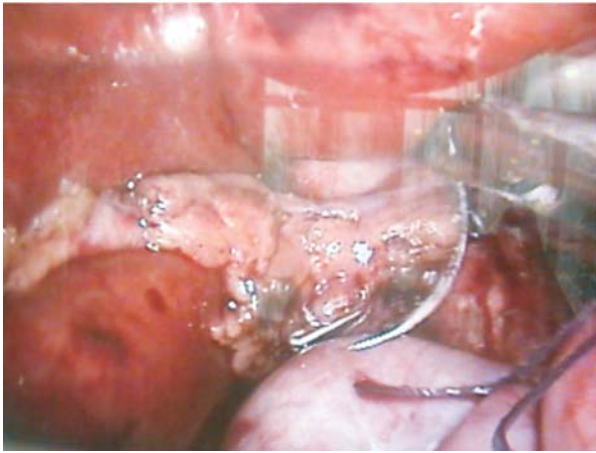
нием зажима Беккокка, производил тракцию желудка, направляя вниз, было произведено разделение спаек, которыми был припаян желудок к грыжевому мешку, этот этап выполнялся крайне осторожно, чтобы не повредить плевру и перикард. Кроме того, из-за периэзофагита дифференцировать стенки пищевода достаточно сложно.

Следующим этапом выделены ножки диафрагмы и было создано окно позади пищевода, из-за выраженного периэзофагита вследствие длительности процесса этот

этап был наиболее трудоемким и опасным (рис. 5). После завершения мобилизации дефект в пищеводном отверстии диафрагмы составил 12×8 см (рис. 6, 7).

Грыжевой мешок частично иссечен.

Учитывая большой дефект, нами выполнена задняя крурорафия (рис. 8) (наложены два шва) и передняя (наложены три шва нитью этибонд 2–0), затем выполнена типичная фундопликация по Ниссену – Розетти с фиксацией манжетки к передней стенке пищевода и правой ножке диафрагмы (рис. 9), для профилактики соскаль-



**Рис. 11. Наложение второго шва (на желудочную манжетку).**

звания манжетки на нее наложены три шва (рис. 10, 11). Операция завершена дренированием брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений, на следующие сутки больной смог принимать жидкую пищу. На седьмые сутки больной в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Вышеописанное клиническое наблюдение относится к редким видам параэзофагеальных грыж («грудной желудок»), высокая вероятность ущемления этих грыж побуждает хирургов к оперативному лечению в плановом порядке.

Данный клинический случай наглядно свидетельствует о возможности использования лапароскопических технологий при гигантских параэзофагеальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы.

#### **Литература**

1. Петровский Б.В. и соавт. Хирургия диафрагмы. — Л. Медицина. Ленинградское отделение, 1965. — 336 с.
2. Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Медпрактика—М.М. — 2003. — 171 с.
3. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Ходос Г.В. Избранные лекции по эндовидеохирургии под редакцией академика В.Д. Федорова. — СПб., ООО «Фирма Коста», 2004. — 216 с., илл.
4. Федоров И.В., Сигал Е.И., Курбангалеев А.И. Оперативная лапароскопия в хирургии, гинекологии и урологии. Профиль. Москва. — 2007. — 288 с.