

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ли И.Б.¹, Степанова Н.М.², Страшинский А.С.¹, Кайгородова И.Н.¹, Сапухин Э.В.³,
Дмитриенко А.П.¹, Перловская В.В.³, Стальмахович В.Н.³

¹ Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск

² Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

³ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Актуальность. Статистически доказанным фактором риска рецидива ГЭР у детей является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Поиск решения проблемы сводится к совершенствованию метода и техники хирургического вмешательства.

Цель: анализ метода и техники оперативного вмешательства при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) у детей с грубой неврологической патологией.

Материал и методы. 37 карт пациентов по материалам ИГОДКБ г. Иркутска за последние 5 лет.

Результаты. Гендерный состав: мальчики — 73 % (27), девочки — 27 % (10). Средний возраст — 9 лет. Патология ЦНС — 67,6 % детей. В 21 % догоспитальная диагностика ГПОД. Выделены 2 группы: I — 67,6 % (25) пациентов с тяжелыми неврологическими заболеваниями, II — 32,4 % (12) группа сравнения. Возрастной пик в I группе — дети старшего возраста (44 %), во II группе преобладали дети младшей (35 %) и старшей возрастной группы (42 %).

ГПОД как органическая причина ГЭР: в I группе в 56 % (14); во II — в 25 % (3). По результатам предоперационного обследования (ФЭГДС, Рентгеноскопия пищевода, желудка), ГПОД установлена в I группе в 50 % (7), во II — в 100 %. При наличии ГПОД, лапароскопическое вмешательство, заключалось: в оптимальной мобилизации пищеводного отверстия диафрагмы, дна желудка, иссечение грыжевого мешка, создание адекватной длины абдоминального отдела пищевода, ушивании ножек диафрагмы с наложением пищеводно-диафрагмальных швов по окружности пищевода, формирование и правильное позиционирование фундопликационной манжеты Ниссена. Конверсия предпринята в 16 % (4) по причине ограниченной видимости и значительных технических трудностей вследствие грубых деформаций позвоночника и многочисленных контрактур конечностей; ожирения; спаечного процесса после ранее перенесенной операции. В 48 % (12) симультантная гастростомия различными способами, несостоятельность которой отмечена в 12 %. В послеоперационном периоде в 4 % (1) пневмоторакс, потребовавший дренирования плевральной полости; 8 % (2) перфорация полого органа вследствие коагуляционного некроза и перфорации тонкой кишки в местах рассечения имеющих послеоперационных спаек у ранее оперированных детей. Рецидивы: I группа — 12 % (3), II группа — 8 % (1). Средний к/д — 24.

Выводы. У пациентов с ГЭР и неврологической патологией, с неустановленным диагнозом ГПОД, необходимо предполагать наличие ГПОД как причины ГЭР. Ключевыми моментами противорецидивной операции при ГПОД являются: оптимальная мобилизация пищеводного отверстия диафрагмы, дна желудка, формирование адекватной длины абдоминального отрезка пищевода; иссечение грыжевого мешка, чёткая идентификация гастроэзофагеального перехода и ретрэзофагеального пространства; круорография и наложение пищеводно-диафрагмальных швов по окружности пищевода (не менее 4-х швов на 8, 11, 13, 16 часов); формирование и правильное позиционирование (линия швов на 11 часах), фундопликационной «мягкой» манжеты Ниссена вокруг абдоминальной части пищевода.