

УДК 616.34—007.43—032.611.26—089.844

О.В. Галимов, Э.Н. Праздников (г. Уфа). Способ хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Одним из распространенных и трудно поддающихся лечению осложнений после операций по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы является его сужение, сопровождающееся дисфагией и выраженным болевым синдромом. Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия включает фундопликацию и ушивание пищеводного отверстия диафрагмы на зонде под контролем пальцев хирурга, введенных в пищеводное отверстие. Полученные при этом данные не могут быть использованы для объективной оценки степени сужения пищеводного отверстия диафрагмы, необходимой для устранения грыжи и достаточной для нормального функционирования пищевода-желудочного перехода, поскольку индивидуальные анатомические особенности пальцев и их ориентация у каждого конкретного хирурга весьма переменчивы.

С целью снижения частоты послеоперационных осложнений путем исключения патологического сужения пищеводного отверстия диафрагмы нами предложен следующий способ хирургического лечения хиатусных грыж — фундопликация и ушивание пищеводного отверстия на зонде с баллоном. Последний фиксирован в желудке в форме шара, который заполнен жидкостью под давлением (не более 100 см H₂O) до объема 18 см.

После выполнения лапаротомии градуированным измерительным устройством (шприц Жане, соединенный с манометром) раздуваем манжетку-шар на зонде, введенном в желудок, до объема 18 см³ при давлении 100 см H₂O и выполняем фундопликацию. Затем раздутый шар поднимаем в кардиальный отдел желудка таким образом, чтобы его диаметр установился в плоскости диафрагмы. Ушиваем пищеводное отверстие диафрагмы на зонде с баллоном, фиксированным в желудке в форме шара. При этом диаметр ушитого пищеводного отверстия будет соответствовать диаметру шара, перекрывающего просвет выходного отдела желудка на уровне пищеводного отверстия (с поправкой на толщину стенок пищевода, которая постоянна и равна 2—3 мм). Диаметр же шара легко рассчитать по формуле:

$$D = 2 \sqrt{\frac{3V}{4\pi}}$$
, где D — диаметр, V — объем шара. При закачивании жидкости известной плотности под постоянным давлением в объем 18 см³ диаметр ушитого пищеводного отверстия составит 3 см, что является наиболее физиологичным. Ограничение давления, под которым в шар закачена вода (100 см), позволяет избежать искусственного растяжения прилежащих анатомических структур (подтверждено экспериментами на трупах). Возможность деформации шара исключает-

ся при визуальном и тактильном контроле хирургом во время операции.

Способ применен в клинике у 70 больных, при этом ни в одном случае не зафиксировано осложнений с патологическим сужением диафрагмы.

УДК 616.34 — 007.272 — 089.8

С.В. Добровкашин, Ю.В. Бондарев, А.Х. Давлетшин (Казань). Редкая форма странгуляционной кишечной непроходимости

Редкие формы странгуляционной кишечной непроходимости постоянно привлекают внимание хирургов. К последним относят ущемленные внутренние грыжи во внутреннем кольце пахового и бедренного каналов, под связкой Трейца, в кольце из червеобразного отростка, в отверстиях диафрагмы, полулунной линии, запирательном отверстии. Данные формы встречаются в 1—2% всех случаев странгуляционной кишечной непроходимости.

В больнице скорой медицинской помощи г. Казани за последние 10 лет прооперированы 373 человека по поводу странгуляционной кишечной непроходимости, редкие формы которой были выявлены у 5 (1,3%) больных. Вследствие естественного интереса к данной проблеме считаем возможным привести собственное наблюдение.

З., 49 лет, поступил в отделение неотложной хирургии БСМП 24.10.1996 г. через 6 часов после начала заболевания в удовлетворительном состоянии с клиникой острой кишечной непроходимости. В прошлом операций на органах брюшной полости не было.

Анализ крови: л. — 14,7 · 10⁹/л, п. — 4%, с. — 70%, эоз. — 1%, мон. — 18%, лимф. — 7%.

Анализ мочи: светло-желтая, белок отрицательный, эп. пл. — 2, л. — 2.

Рентгенография брюшной полости в положении стоя: умеренно раздутые петли тонкой кишки без горизонтальных уровней жидкости. АД — 140/90 мм Hg, температура — 36,6°С.

Консервативная терапия включала двустороннюю паранефральную блокаду по А.В. Вишневскому, очистительную клизму, зонд в желудок, спазмолитики, инфузионную терапию в объеме 3 л. После лечения больной почувствовал улучшение: появился стул, боли в животе прекратились, рвоты не было. Поскольку показаний к оперативному вмешательству не найдено, продолжены консервативная терапия спазмолитиками и динамическое наблюдение. Проведена проба Шварца. Через 16 часов после поступления у больного вновь стали нарастать явления кишечной непроходимости: вздутие живота, однократная рвота, задержка газов и стула. Рентгенограмма органов брюшной полости показала горизонтальные уровни жидкости, соль бария в толстую кишку не поступала.