

Комбінована хітально–парахітальна грижа, ускладнена заворотом шлунка

**В. Д. Шейко¹, А. Г. Оганезян¹, С. І. Калюжка², С. В. Небаба²,
 Д. В. Капустянський¹, С. П. Кравченко¹**

¹Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, м. Полтава,
²Полтавська обласна клінічна лікарня імені М.В. Скліфосовського

Combined hiatal–parahiatal hernia, complicated by gastric volvulus

**V. D. Sheiko¹, A. H. Ohanezian¹, S. I. Kaliuzhka², S. V. Nebaba²,
 D. V. Kapustianskyi¹, S. P. Kravchenko¹**

¹Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava,
²Poltava Regional Clinical Hospital Named After M. V. Sklifosovskiy

Парахітальна грижа (ПХГ) – рідкісний вид діафрагмальної грижі, для якого характерне пролабування грижового випинання у задне середостіння через дефект, що прилягає до стравохідного отвору діафрагми безпосередньо біля лівої ніжки діафрагми. Близьке розташування до стравохідного отвору діафрагми, подібні клінічні прояви й дані візуальних методів діагностики, а також підходи до лікування дають підстави більшості хірургів розглядати такі грижі як атипові або ускладнені параезофагеальні [1–8].

Публікацій, присвячених ПХГ, украй мало, і в них описані переважно клінічні спостереження. У єдиному літературному огляді [5], який охоплює 15 опублікованих клінічних спостережень, наведені дані про те, що ПХГ зустрічаються у 0,35% пацієнтів, яким проводять лікування з приводу гри-

жі стравохідного отвору діафрагми [7], причому у абсолютної більшості цих пацієнтів ПХГ виявляють під час хірургічного втручання біля лівої ніжки діафрагми.

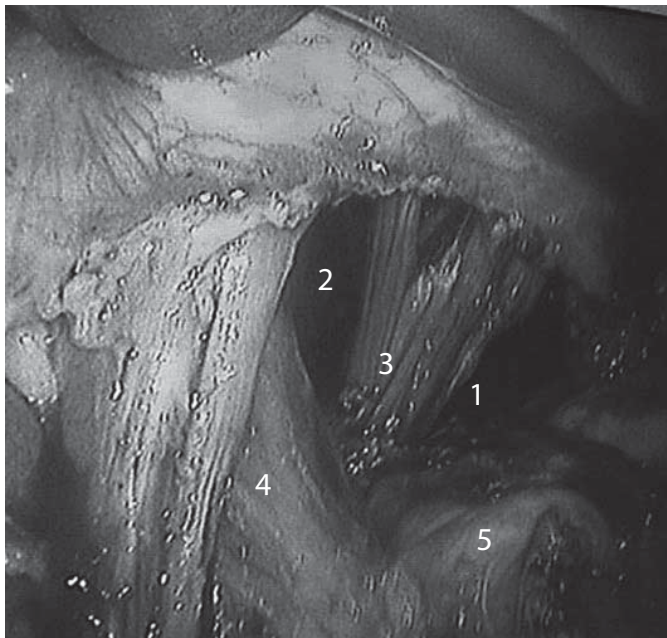
Ми маємо досвід лікування трьох пацієнтів із ПХГ, що становить 7,1% від числа пацієнтів, прооперованих з приводу параезофагеальних гриж. Усім трьом пацієнткам діагноз ПХГ було встановлено під час операції. Своєчасна диференціація ПХГ дає можливість оптимізувати хірургічну тактику у цієї категорії пацієнтів. Наводимо спостереження.

Хвора К., 67 р. (медична карта стаціонарного хворого №24902), 02.12.2019 р. госпіталізована у відділення торакальної хірургії Полтавської обласної клінічної лікарні імені М.В. Скліфосовського. Основною була скарга на біль у епігастрії, який виникав безпосередньо після їжі та самостійно зникав через декілька хвилин, але частішав і став майже регулярним. Під час опитування з'ясовано, що біль турбує протягом останнього місяця, водночас відмічає «розпирання у шлунку» в епігастрії та лівому підребер'ї, потяг до блювання. Спроби викликати блювання штучно без ефекту – відригується невелика кількість газу, після чого біль полегшується. Серед супутніх захворювань – аліментарне ожиріння (індекс маси тіла 42 кг/м²), медикаментозно корегована артеріальна гіпертензія, рік тому пацієнтці була виконана лапароскопічна холецистектомія.

Проведено обстеження. За даними фіброгастроскопії слизова оболонка стравоходу і шлунка не змінена, визначається переміщення кардіального відділу шлунка у середостіння. Висновок: комбінована ковзна та параезофагеальна грижа діафрагми.

При рентгенконтрастному дослідженні у положенні Тренделенбурга визначається заворот шлунка за довгою віссю (знизу вгору та зліва направо), шлунок зміщений вліво та не позиціонується над діафрагмою. Слід зауважити, що при дослідженні не застосовувалась бічна проекція. Висновок: заворот шлунка. Дані клініко–лабораторних обстежень без особливостей. Однак три роки тому хворій проводилось лікування залізодефіцитної анемії. На час госпіталізації рівень гемоглобіну становив 116 г/л. Фізикальне обстеження не мало будь–яких специфічних ознак.

Встановлено діагноз: ковзна грижа стравохідного отвору діафрагми (I тип), заворот шлунка. Показання до хірургіч-



*Комбінована хітально–парахітальна грижа:
 1 – парахітальний дефект; 2 – розширений хітальний отвір аксіальної грижі; 3 – ліва діафрагмальна ніжка із травмованими волокнами м'яза; 4 – стравохід;
 5 – дно шлунка.*

ного лікування із застереженням – ризик ускладнень, пов'язаних із заворотом шлунка.

Передопераційна підготовка: напередодні втручання увечері виключення їжі, за дві години – еноксапарин 40 мг та еластична компресія нижніх кінцівок.

Знеболювання – ендотрахеальний наркоз. Положення хворої на спині з опущеним нижнім краєм стола на 30°, руки розведені. Хірург – зліва, асистенти – справа. Відкрите введення першого 10-міліметрового порту над пупком, третина відстані до мечоподібного відростка груднини. Карбоксиперитонеум 12 мм рт. ст. Робочі порти: субксіфодально – 5-міліметровий для ретрактора, за середньоключичними лініями по краю ребер зліва – 5-міліметровий, справа – 10-міліметровий (хірург), зліва від відсепарованого – 5-міліметровий для тракції шлунка (асистент).

При оглядовій ревізії додаткової патології не знайдено. Після підняття лівої частки печінки і тракції шлунка донизу у проєкції стравохідного отвору діафрагми виявлено рубцеві зрощення великого сальника з діафрагмою, більше зліва, майже половина шлунка розташована вище діафрагми, через зрощення шлунок майже не зводиться. Після розкриття малого сальника візуалізована права ніжка і розпочато виділення стравохідного отвору діафрагми справа наліво. При цьому первинно візуалізували переміщення кардіального відділу шлунка у середостіння. Але далі було виявлено, що у стравохідному отворі діафрагми розташована лише частина склепіння шлунка, інша частина огинає ліву ніжку і «входить» у дефект діафрагми безпосередньо по лівому краю м'язового тяжа ніжки. Саме в цьому дефекті розташована основна частина переміщеного шлунка і великого сальника, який має грубі зрощення з діафрагмою по краю дефекту. У мобільній ділянці по великій кривизні шлунка розкрита сальникова сумка і шлунок мобілізований вгору до дефекту діафрагми, а за його краєм – зліва направо. При цьому поетапно зведено сальник, шлунок і великий грижовий мішок. Останній після мобілізації та зведення висічено. У стравохідному отворі діафрагми мобілізовано і взято на «трималку» кардіоезофагеальний перехід. Під час кінцевої ревізії виявлено, що грижа комбінована – хітально-парахітально (*див. рисунок*). Хітальний отвір розмірами 8 × 4 см, через який мігрували кардіальний відділ та частина склепіння шлунка, грижовий мішок не виражений. Зліва від м'язового, добре вираженого, 1,5 см у поперечнику тяжа лівої ніжки еліпсоподібний дефект розмірами 8 × 10 см у вигляді фіброзно зміненого кільця. У парахітальному дефекті в порожнині грижового мішка фіксовані до половини проксимальної частини шлунка і великий сальник. У ділянці склепіння шлунка виявлено «сідло» по зоні його фіксації до лівої ніжки діафрагми. Власне, саме через ліву ніжку діафрагми й відбувався перегин фіксованого в парахітальному дефекті шлунка під діафрагмою зліва направо й угору ззаду наперед, який проявлявся як заворот шлунка.

Дефекти закрито в два етапи. На першому етапі виконана задня крурорафія (три лігатури) із захватом у шви нижнього краю парахітального дефекту. При цьому стравохідний отвір діафрагми адаптований до змикання навколо стравоходу, кардія без натягу на 3–4 см нижче ніжок діафрагми. Другим етапом ушито парахітальний дефект у косопоперечному напрямку окремими швами (чотири лігатури, лінія швів Г-подібна – спочатку знизу вгору, потім справа наліво). Фіброзний край парахітального дефекту не перешко-

жав із помірним натягом зводити краї, не розволокнувши діафрагму. На кінцевому етапі сформовано м'яку фундоплікаційну манжету за Ніссеном. Тривалість операції – 150 хв.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Повна активізація пацієнтки на наступний день після операції. Ентеральне харчування: рідина – на наступний день, рідка їжа – з 3-ї доби. Медикаментозні призначення: знеболювання – парацетамол та декскетопрофен; еноксапарин – 40 мг три доби; пантопразол 80 мг п'ять діб. У задовільному стані пацієнтка виписана на 6-у добу після операції. Оглянута через 3 міс – скарг не має, вважає себе здоровою, не працює за віком (пенсіонерка).

Таким чином, ПХГ зустрічається рідко, має схожі прояви з парезофагеальними грижами стравохідного отвору діафрагми і виявляється під час операції. Інформованість хірурга про можливість наявності ПХГ у пацієнтів із великими симптомними грижами стравохідного отвору діафрагми дає можливість завчасно оптимізувати хірургічну тактику.

Підтвердження

Фінансування. У дане дослідження не залучалось зовнішнє фінансування.

Участь авторів. Внесок усіх авторів у цю роботу однаковий. Усі автори прочитали та схвалили остаточний варіант цього рукопису.

Конфлікт інтересів. Немає.

Згода на публікацію. Усі автори дали згоду на публікацію цього рукопису.

References

1. Koh YX, Ong LW, Lee J, Wong AS. Para-oesophageal and para-hiatal hernias in an Asian acute care tertiary hospital: an underappreciated surgical condition. *Singapore Med J.* 2016;57(12):669-675. doi: 10.11622/smedj.2016018. Epub 2016 Jan 15. PMID: 26778633; PMCID: PMC5165174.
2. Lew PS, Wong AS. Laparoscopic mesh repair of para-hiatal hernia: a case report. *Asian J Endosc Surg.* 2013;6(3):231-3. doi: 10.1111/ases.12039. PMID: 23879418.
3. Ohtsuka H, Imamura K, Adachi K. An unusual diaphragmatic hernia. *Parahiatal hernia. Gastroenterology.* 2012 Jun;142(7):1420, 1623. doi: 10.1053/j.gastro.2011.11.048. Epub 2012 Apr 24. PMID: 22543109.
4. Palanivelu C, Rangarajan M, Jategaonkar PA, Parthasarathi R, Balu K. Laparoscopic repair of para-hiatal hernias with mesh: a retrospective study. *Hernia.* 2008;12(5):521-5. doi: 10.1007/s10029-008-0380-2. Epub 2008 Jul 26. PMID: 18661099.
5. Preda SD, Pătrașcu Ș, Ungureanu BS, Cristian D, Bințișan V, Nica CM, et al. Primary para-hiatal hernias: A case report and review of the literature. *World J Clin Cases.* 2019;7(23):4020-8. doi: 10.12998/wjcc.v7.i23.4020. PMID: 31832404; PMCID: PMC6906568.
6. Rodefeld MD, Soper NJ. Parahiatal hernia with volvulus and incarceration: laparoscopic repair of a rare defect. *J Gastrointest Surg.* 1998;2(2):193-7. doi: 10.1016/s1091-255x(98)80012-7. PMID: 9834416.
7. Staerkle RF, Skipworth RJE, Leibman S, Smith GS. Emergency laparoscopic mesh repair of para-hiatal hernia. *ANZ J Surg.* 2018;88(6):E564-E565. doi: 10.1111/ans.13492. Epub 2016 Mar 28. PMID: 27017940.
8. Scheidler MG, Keenan RJ, Maley RH, Wiechmann RJ, Fowler D, Landreneau RJ. "True" para-hiatal hernia: a rare entity radiologic presentation and clinical management. *Ann Thorac Surg.* 2002;73(2):416-9. doi: 10.1016/s0003-4975(01)03373-2. PMID: 11845852.

Надійшла 23.01.2020