

Поступила в редакцию 20.09.2006.

# THE ROLE OF THE CORONARY ANGIOGRAPHY IN TREATMENT OF ANEURISMATIC AORTA OF THE FIRST TYPE

V.A. Sorokin, M.G. Song, S.N. Lee

Vladivostok State Medical University, Medical center "Asan" (The Republic of Korea), National university hospital (Singapore)

Summary — In modern cardiology many invasive methods are successfully replaced by the non-invasive. At open heart surgeries the coronary angiography is considered obligatory at patients

of advanced age. At aneurismatic aorta the coronary angiography is still a question. The retrospective analysis of 152 cases of aneurismatic aorta of the first type is done. Coronary angiography promoted increase of frequency of revealing of accompanying injuries of coronary arteries, lead to the reduction in death rate in the early postoperative period. In the long-term follow-up period patients who underwent surgery without coronary angiography needed invasive interventions concerning ischemic heart disease more often.

*Pacific Medical Journal, 2007, No. 1, p. 53-55.*

УДК 616.329-007.43-089.843

К.В. Стегний, А.А. Крекотень, Е.Ф. Рыжков,  
А.В. Красноруцкий

## ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ ФУНДОПЛИКАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ

Владивостокский государственный медицинский университет,  
Отделенческая больница Дальневосточной железной дороги (ст. Владивосток)

Ключевые слова: полипропиленовая сетка, грыжа, фундопликация.

В последние годы возрос интерес к проблеме гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыж пищеводного отверстия диафрагмы, так как сегодня по частоте они занимают лидирующее положение в гастроэнтерологии после язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и холецистита. Консервативной терапией можно добиться клинического эффекта, но для этого необходимо длительное лечение, требующее больших доз препаратов, прекращение приема которых зачастую приводит к рецидиву симптомов заболевания [4, 6]. С внедрением новых технологий хирургическое лечение здесь становится более эффективным [2, 3].

Исследования показывают, что результаты лапароскопических антирефлюксных операций сопоставимы с результатами открытых операций, но сопровождаются меньшим количеством послеоперационных осложнений, коротким сроком госпитализации [5]. Большинство лапароскопических методик также имеют ряд недостатков — достаточно сложная оперативная техника, значительное изменение топографо-анатомических взаимоотношений в зоне операций, необходимость дополнительной мобилизации дна желудка путем клипирования и пересечения его коротких сосудов. С целью оптимизации оперативного вмешательства предлагается использование аллотрансплантатов [1]. Приводим собственное наблюдение.

В хирургическое отделение Отделенческой больницы ДВЖД ст. Владивосток (база кафедры госпитальной хирургии ВГМУ) поступила пациентка Ф., 43 лет, с диагнозом:

«Скользкая аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, дистальный эрозивный эзофагит». Предъявляла жалобы на постоянную изжогу, отрыжку при смене положения тела, срыгивания съеденной пищи, чувство тяжести в эпигастрии. Считала себя больной в течение 2 лет, когда впервые появились вышеперечисленные жалобы. Госпитализирована для оперативного лечения. Аллергии и профвредностей не отмечала. В анамнезе гипертоническая болезнь в течение 5 лет.

Эндоскопическое исследование: «Слизистая пищевода белесая, в нижней трети от зубчатой линии участок розового цвета размером до 1,5 см (взята биопсия), кардия зияет, при осмотре на реверсе не охватывает эндоскоп. Желудок пуст, складки расправляются воздухом, перистальтика прослеживается. Слизистая оболочка желудка розовая, блестящая, 12-перстная кишка с тусклой слизистой в луковице и в залуковичных отделах. Заключение: катаральный рефлюкс-эзофагит; пищевод Барретта (?); грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; дуоденит».

Ультразвуковое исследование: «Контуры печени ровные, четкие, эхогенность паренхимы — диффузно умеренная неоднородная. Сосудистая система нормальная. Диаметр воротной вены 0,9 см, нижняя полая вена и печеночная вена в норме. Размеры: толщина левой доли по срединной линии 5,3 см, толщина правой доли по срединно-ключичной линии 12,4 см. Гепатохоледох — 0,3 см. Контуры желчного пузыря ровные, четкие, форма грушевидная, стенка нормальная, имеется перетяжка в области дна. Содержимое пузыря однородное, конкрементов нет. Контуры поджелудочной железы ровные, четкие, железа однородная, обычной плотности, в области хвоста умеренно неоднородная. Размеры: головка — 2,8 см, тело — 1,6 см, хвост — 2,1 см. Вирсунгов проток нормальный. Заключение: умеренные диффузные изменения печени (жировой гепатоз); умеренные изменения поджелудочной железы.

Почки обычной формы, расположены в типичном месте, подвижность обычная. Левая размером 10,0х5,1 см, толщина паренхимы 1,7 см, правая размером 10,0х4,2 см, толщина паренхимы 1,6 см, чашечно-лоханочная система почек в норме, конкременты не определяются».

Рентгеноскопия: «Глотание не нарушено. Пищевод свободно проходит на всем протяжении. При вдохе эпифренальная ампула пищевода «протекает». Уже в вертикальном положении на глубоком вдохе кардия выходит в диафрагмальное отверстие, а абдоминальный отрезок пищевода — в грудную полость. В дистальном отрезке пищевода определяется стойкое барьерное пятно размером 0,3х0,2 см. Положение желудка обычное, он имеет форму крючка. Желудочный газовый пузырь не деформирован. Рельеф представлен складками обычного калибра и направления. Стенки эластичны, перистальтика глубокими



Рис. 1. Дооперационная рентгенограмма (пояснения в тексте).

волнами, симметрично по обеим кривизнам. Пилорический канал не изменен. Луковица 12-перстной кишки правильной формы. При специальном исследовании определялся выход кардиального отдела желудка в грудную полость на 4,5 см выше уровня диафрагмы через грыжевые ворота шириной 2,5 см. Заключение: скользящая аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; дистальный эрозивный эзофагит» (рис. 1).

**Операция.** Под эндотрахеальным наркозом иглой Вереща в параумбиликарной области наложен  $\text{CO}_2$ -перитонеум (12 мм в. ст.). Точки введения троакарров соответствовали стандартным методикам. После обзорной лапароскопии произведена крурорафия. Далее выполнена мобилизация проксимального отдела желудка, кардии и пищевода. Выкроена полипропиленовая сетка размером 3x10 см и через троакар введена в брюшную полость. Один конец имплантата фиксирован с помощью герниостеплера Multifire Endo Hernia к задней стенке дна желудка. Другой конец проведен за пищеводом с одновременной тракцией вверх и фиксирован к правой и левой ножкам диафрагмы с помощью инструмента Pro Tack. После этого к передней стенке дна желудка, проведенной над пищеводом в области кардии, фиксирован свободный конец полипропиленовой сетки. Контроль гемостаза. Брюшная полость дренирована полихлорвиниловым дренажом. Десуффляция. Послойные швы троакарных ран (рис. 2). Время операции 1 час 05 мин.

Послеоперационный период протекал гладко. Дренаж из брюшной полости удален на 2-е сутки. Жалобы, предъявляемые до операции, отсутствовали. Пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки. Отдаленные

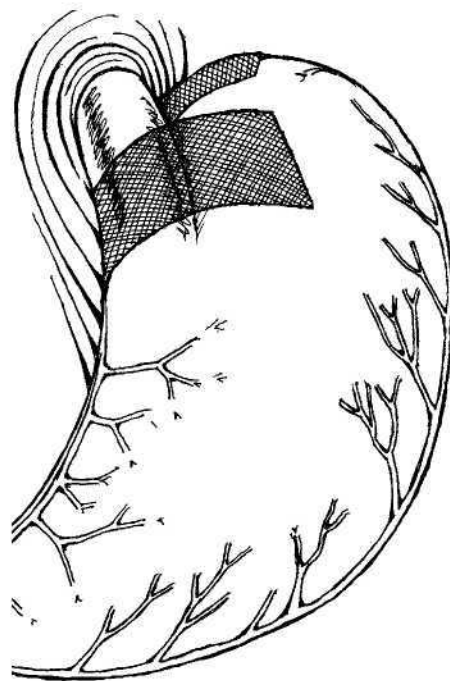


Рис. 2. Схема операции (пояснения в тексте).

результаты прослежены через 6 месяцев: жалобы отсутствовали.

Таким образом, фундопликация полипропиленовой сеткой позволила сократить время операции, значительно упростить ее технику и свести к минимуму изменение топографо-анатомических взаимоотношений в зоне вмешательства.

## Литература

1. Емельянов С.И., Богданов Д.Ю. // *Клинический журнал*. — 2004. — №1. — С. 9.
2. De Meester T.R., Bonavina L., Albertucci M. // *Ann. Surg.* — 1986. — Vol. 204. — P. 9-20.
3. Donahue P.E., Samelson S., Nyhus L.M., Bombeck C.T. // *Arch. Surg.* — 1985. — Vol. 120. — P. 663-668.
4. Hetzel D.J., Drent J., Reed W.D. et al. // *Gastroenterology*. — 1988. — Vol. 95. — P. 903-912.
5. Laine S., Rantala A., Gullichsen R., Ovaska J. // *Surg. Endosc.* — 1997. — Vol. 11. — P. 441-444.
6. Sataloff D.M., Pursnani K., Holo S. et al. // *Am. J. Surg.* — 1997. — Vol. 174. — P. 63-67.

Поступила в редакцию 29.03.2006.

## ESOPHAGEAL HERNIAS: FIRST EXPERIENCE OF FUNDOPLICATION WITH THE POLIPROPYLENE MESH

K. V. Stegny, A.A. Krekoten, E.F. Ryzhkov, A. V. Krasnorutsky  
Vladivostok State Medical University, Regional Railway Hospital of Vladivostok

**Summary** — The case of the esophageal diaphragmatic hernia in the woman of 43 years old is described. The laparoscopic fundoplication was applied with the polypropylene mesh. It is marked, that it gives the possibility to reduce operating time, to simplify the operative techniques and to reduce the topographic anatomical changes in a zone of intervention.

*Pacific Medical Journal*, 2007, No. 1, p. 55-56.