



При операциях на диафрагме и различных трансдиафрагмальных вмешательствах следует учитывать ход ветвей диафрагмального нерва. Доступы, применяемые для операций на диафрагме, могут быть разделены на две основные группы — трансабдоминальные и трансторакальные. Наибольшее распространение имеют широкие межреберные разрезы, производимые в зависимости от особенности патологии в седьмом или девятом межреберье.

При локализации патологического процесса в области бокового отдела реберно-диафрагмального синуса более удобен разрез в девятом, а для операции в области переднего кардиодиафрагмального угла — в седьмом межреберье. Для операций на правом куполе разрезы проводят соответственно на одно межреберье выше. Из трансабдоминальных разрезов чаще используется верхняя срединная лапаротомия, которую при необходимости можно продлить книзу, а также парамедиальный к косой подреберный разрезы.

Ушивание ран диафрагмы. Колотые и резаные раны диафрагмы ушивают отдельными швами из нерассасывающегося шовного материала с интервалом между ними 0,5—1 см. При обширных ранах и размозжениях диафрагмы предварительно иссекают нежизнеспособные ткани. Если после этого образуется обширный дефект, то для облегчения его ушивания на края дефекта диафрагмы накладывают несколько швов-держалок, с помощью которых сближают края раны.

Пластика при травматических диафрагмальных грыжах. Острым и тупым путем разделяют сращения органов брюшной полости с диафрагмой, внутренней поверхностью грудной стенки, перикардом, легкими. Затем освобождают края грыжевых ворот. После низведения брюшных органов на края дефекта диафрагмы накладывают отдельные П-образные швы так, чтобы при их завязывании образовалась дубликатура, для чего накладывают второй ряд отдельных швов. В ряде случаев при полном разрыве диафрагмы ткань ее может оказаться резко истонченной.

При этом к здоровым отделам диафрагмы на значительном отдалении от краев дефекта отдельными швами пришивают пластину из аллопластического материала. Далее накладывают швы на края дефекта, прошивая ими также и аллопластический протез.

Пластика при парасгернальных (ретростернальной и ретрококостернальной) грыжах диафрагмы. Низводят в брюшную полость содержимое грыжевого мешка. Грыжевой мешок захватывают изнутри несколькими зажимами и выворачивают в сторону брюшной полости. После этого мешок отсекают на уровне грыжевых ворот. Если мешок большой и прочно фиксирован в грудной полости, его можно не удалять. Грыжевые ворота закрывают отдельными П-образными швами за края диафрагмы и задний листок влагиалища брюшных мышц, а также надкостницу грудины и ребер.

Пластика при релаксации диафрагмы. Может быть использована методика френопликации. Производят торакотомию. Обнажают высоко стоящий истонченный купол диафрагмы и захватывают его рукой таким образом, чтобы образовалась широкая складка. Хирург отдавливает основание складки и прошивает его П-образными швами на всем протяжении. Образовавшуюся из истонченного отдела диафрагмы дубликатуру сгибают, прикрывают ею измененную часть диафрагмы и пришивают дубликатуру к сохраненным мышечным волокнам. При наличии сращений брюшных органов с диафрагмой рассекают последнюю в продольном направлении с таким расчетом, чтобы образовалось два лоскута — наружный и внутренний. Край наружного лоскута подшивают отдельными швами к основанию внутреннего. Затем внутренний лоскут помещают поверх наружного, образуют дубликатуру и фиксируют его к диафрагме отдельными швами.

При релаксации всего купола диафрагмы прибегают к укреплению его аллопластическим материалом, который в виде заплаты вшивают между листками дубликатуры диафрагмы вдоль линии ее прикрепления.

Общие принципы операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. При параэзофагеальной грыже пищеводного отверстия диафрагмы, которая, как правило, не приводит к нарушению функции кардии, производят чрезбрюшинное низведение желудка в брюшную полость и сшивают позади пищевода друг с другом медиальные ножки диафрагмы (крурорафия). Такую же операцию выполняют при большой скользящей (кардиофундальной) грыже, не сопровождающейся значительным расстройством функции кардии.

Основной целью операции при скользящей грыже, осложненной тяжелым рефлюкс-эзофагитом, является устранение недостаточности кардии. Если при этом расстроена только клапанная функция кардии, а эзофагокардиальный сфинктер лишь

Добавил(а) Wobe
03.08.11 09:52

умеренно ослаблен, то достаточно радикальным вмешательством оказывается эзофагофундорафия с окутыванием дном желудка не менее половины окружности пищевода. При выраженной недостаточности кардии предпочтение должно быть отдано фундопликации по Ниссену. При этом из мобилизованного дна желудка формируют манжетку, захватывая в швы обе стенки желудка и пищевод. При определенных показаниях обе эти операции дополняют пилоропластикой.

При скользящей грыже с выраженным укорочением пищевода производят трансплевральную фундопликацию по Ниссену, вынужденно оставляя часть желудка в средостении. Достаточно эффективной обычно оказывается и чрезбрюшинная клапанная гастропликация, которую выполняют при наличии противопоказаний к трансплевральной операции, а также дистальная резекция желудка с U-образным анастомозом или замещением удаленного отдела желудка петлей тонкой кишки.

Домашние [солевые ванны](#) – узнайте настоящую лечебную силу морской соли.