

НАШ ПОДХОД К ХИРУРГИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. При ГЭРБ, в основе которой лежит различная патология пищеводно-желудочного перехода (ППЖП), ведущая к нарушению замыкательной функции кардии, применение лекарственных средств (ингибиторов протонной помпы, прокинетиков и др.) носит симптоматический характер (1,2). Внедрение малоинвазивных хирургических методов лечения в абдоминальную хирургию с использованием лапароскопических технологий привело к широкому распространению за рубежом лапароскопического метода лечения ГЭРБ. Наиболее часто для этого используют фундопликации по Ниссену, Тоупе и Дору. Однако значительное число ослож-

нений и неудовлетворительных результатов охладило пыл больных и хирургов к этим операциям. Учитывая необходимость коррекции кардии у больных ГЭРБ и отсутствие удовлетворительного метода для этой цели, особенно в случае недостаточности кардии, халазии и небольших грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), побудили нас к разработке собственных методик.

Цель исследования. Дать описание и оценку предложенным нами методам коррекции ППЖП у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с позиции ближайших и отдаленных результатов.

Материалы и методы

В основу работы положены результаты комплексного обследования 364 больных до и после операции в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Чаще всего ГЭРБ была как сопутствующая патология при другой хирургической патологии, требующей оперативного лечения. 295 больных, оперированных по поводу ЯБДК, 53 – калькулезного холецистита (КХ), 15 – нарушения дуоденальной проходимости (НДП) и 49 – грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). У больных ЯБДК, КХ и НДП корригирующая операция на кардии выполнялась как симультанная, ГПОД – основная. Для коррекции ППЖП мы разработали и применили в клинике 3 варианта фундоэзофагокрурорафии.

I-й вариант

Его выполняли следующим способом: двумя узловыми швами из нерассасывающегося шовного материала, начиная от кардии сверху, захватывали переднюю стенку фундального отдела желудка, передне-боковую стенку пищевода справа и фиксировали к правой ножке диафрагмы, причем в шов захватывали рассеченную по ходу ревизии пищеводно-диафрагмальную связку. Третьим швом дно желудка фиксировали к переднему краю пищеводного отверстия и швы завязывали. В процессе операции следили чтобы стволы блуждающих нервов не были случайно вовлечены в зону пластики.

I вариант применяли для лечения недостаточности и халазии кардии.

II вариант

Особенностью второго варианта ФЭКР являлось то, что мы дополняли ее задней хиатопластикой. Показанием к хиатопластике служили расширение пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) и увеличение расстояния между диафрагмальными ножками более 3 см. В этом случае на диафрагмальные ножки накладывали 2–3 шва из нерассасывающегося шовного материала. Количество швов зависело от размера ПОД и длины ножек. Дальнейшие этапы были типичными для ФЭКР.

III вариант

В этом варианте операции мы также выполняли заднюю хиатопластику, но нити не срезали, а использовали их для формирования ФЭКР. При этом вначале брали правую передне-боковую

стенку пищевода, а затем фундальный отдел желудка и лигатуры завязывали. Дополнительно накладывали еще 2 шва: одним швом выше предыдущих захватывали фундус, пищевод и правую ножку диафрагмы, вторым фиксировали фундус к верхнему краю ПОД.

II-й и III-й вариант мы использовали при наличии малых и средних размеров грыж ПОД.

При больших грыжах ПОД мы отдавали предпочтение фундопликации по Ниссену. В настоящее время все операции по поводу ГЭРБ в клинике выполняются лапароскопически (68 набл.). Чаще всего в настоящее время мы имеем дело с ГПОД и калькулезным холециститом.

I вариант ФЭКР применен у 238, II-й – у 56, III-й – у 25, фундопликация по Ниссену – у 45 больных. У 147 – была недостаточность кардии (НК), у 84 – халазия кардии (ХК) и у 133 – ГПОД.

Для обследования больных в до- и послеоперационном периоде использовали клинический, рентгенологический, эндоскопический, pH-метрический методы исследования и шкала оценки состояния здоровья по Visik.

Результаты и обсуждение

При изучении ближайших и отдаленных результатов клинические симптомы ГЭРБ исчезли у подавляющего большинства больных. Лишь в 10,9% больных отмечались те или иные жалобы, характерные для ГЭРБ. У 13 больных наблюдалась дисфагия, которая была характерна для фундопликации по Ниссену. У всех этих больных жалобы исчезли после консервативного лечения.

Отдаленные результаты от 1 до 7 лет изучены у 115 больных У 110 (95,7%) из 115 обследованных больных были получены отличные и хорошие отдаленные результаты. У них отсутствовали жалобы, характерные для ГЭРБ, барьерная функция кардии во всех случаях была состоятельной, о чем свидетельствовали данные pH-метрии, эндоскопии и рентгенологического исследования. Лишь у 5 (4,3%) отмечен РЭ легкой степени. У всех этих пациентов до операции имела место ГПОД средних размеров. Они были оперированы на ранней стадии исследования, когда мы применяли для лечения ГЭРБ только базисную методику ФЭКР. Эти и ряд других данных послужили толчком к разработке еще 2-х вариантов ФЭКР о которых речь шла выше и которые мы в последующем с успехом применяли при малых

и средних грыжах ПОД, а в ряде случаев и при больших грыжах, когда имелись технические трудности или анатомические особенности, препятствующие достижению хорошего результата в послеоперационном периоде в случае использования фундопликации по Ниссену.

Выводы

1. Разработанные нами 3 варианта ФЭКР, используемые для устранения ППЖП, сопровождающейся ГЭРБ, позволяют устранить основные патогенетические звенья данной патологии и обеспечивают адекватную барьерную функцию кардиоэзофагеальной зоны. Она, на наш взгляд, предпочтительна при недостаточности и халазии кардии, ГПОД небольших и сред-

них размеров. При грыжах ПОД больших размеров показана фундопликация по Ниссену.

2. ГЭРБ довольно часто встречается у больных ЯБДК, КХ, НДП и ГПОД, подлежащих оперативному лечению. В связи с чем эти пациенты должны целенаправленно обследоваться на предмет выявления данной патологии с целью ее устранения по ходу оперативного вмешательства, прибегнув к симультанной операции

3. Дифференцированный подход к выбору способа оперативного вмешательства при ГЭРБ позволяет достичь в большинстве случаев хорошего и отличного результата в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Рецидив ГЭРБ в отдаленном послеоперационном периоде отмечен в 4,3%. Послеоперационная летальность отсутствовала.