

ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Рычагов Г.П., Бовтюк Н.Я., Хотиловская И.И.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Актуальность. Принято считать, что XX век в гастроэнтерологии был веком язвенной болезни (3), а XXI будет веком гастроэзофагеальной болезни (ГЭРБ) (1). ГЭРБ встречается у 3-4% всей популяции людей, в равной степени у мужчин и женщин, причем частота заболевания у лиц старше 55 лет увеличивается до 5%. После признания ГЭРБ в качестве самостоятельной нозологической единицы, закрепленной на IV Европейской гастроэнтерологической неделе в г. Берлине в 1995 г., начато активное изучение и разработка методов консервативного и оперативного лечения данной патологии (5). 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 других) носит симптоматический характер. 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 фундопликацию по Ниссену, Тоупе и Дору. Однако значительное число осложнений и неудовлетворительных результатов охладило пыл больных и хирургов к этим операциям (2).

Цель исследования. Разработать дифференцированный подход к выбору способа хирургического лечения ГЭРБ в зависимости от ППЖП, приведшей к развитию данного заболевания.

Материалы и методы.

В основу работы положены результаты оперативного лечения 258 больных, у которых в качестве основного или сопутствующего заболевания была ГЭРБ, 201 больных основным показанием к операции была ЯБДК, 42 – калькулезный холецистит (КХ), 15 – нарушение дуоденальной проходимости (НДП) и 42 – грыжи пищевого отверстия диафрагмы (ГПОД). У больных ЯБДК, КХ и НДП корригирующая операция на кардии выполнялась как симультанная, ГПОД – основная. Причиной ГЭРБ у 89 – была недостаточность кардии (НК), у 80 – халазия кардии (ХК) и у 89 – ГПОД (270).

В качестве корригирующей операции у больных ГЭРБ мы разработали 3 варианта ФЭКР.

I-й вариант (базисная методика).

После ревизии кардиоэзофагеальной зоны и оценки взаимоотношений правой ножки диафрагмы и пищеводно-диафрагмальной связки с абдоминальным отделом пищевода приступали к выполнению ФЭКР следующим способом: двумя узловыми швами из нерассасывающегося шовного материала, начиная от кардии кверху, 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.

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. Контроль за круорографией осуществляли с помощью указательного пальца, кончик которого должен был свободно проходить в заднее средостение при условии если в просвете пищевода стоял толстый желудочный зонд. 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. II-й вариант мы применяли при наличии коротких (3-4 см) диафрагмальных ножек, что характерно для лиц с брахиоморфным конституционным типом, а III-й вариант при нормо- и долихоморфном конституционном типе строения тела с наличием длинных (5-7 см) диафрагмальных ножек.

В настоящее время все варианты ФЭКР и фундопликация по Ниссену при ГЭРБ в качестве основной или симультанной операции в нашей клинике выполняются лапароскопически.

С помощью этих простых оперативных вмешательств (ФЭКР и ее модификаций) устраняются основные патофизиологические механизмы ГЭРБ, т.к. они моделируют природные механизмы фиксации кардио-эзофагеальной зоны и не приводят к нарушению пропульсивной и стравливающей функции кардии. I вариант ФЭКР применен у 169, II-й – у 19, III-й – у 25, фундопликация по Ниссену – у 45 больных.

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.

От 1 до 7 лет отдаленные результаты применения ФЭКР и ее вариантов при хирургическом лечении ГЭРБ 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 РЭ, барьерная функция кардии во всех случаях была состоятельной, о чем свидетельствовали данные рН-метрии, эндоскопии и рентгенологического исследования. Лишь у 5 (4,3%) отмечен РЭ легкой степени.

Выводы.

1. Предложенные нами 3 варианта ФЭКР являются простыми и эффективными методами лечения ГЭРБ, обусловленной недостаточностью кардии, халазией, грыжами ПОД малых и средних размеров. Она позволяет устранить основные патогенетические звенья ГЭРБ, обеспечивает адекватную барьерную функцию кардиоэзофагеальной зоны и лишена тех грозных интра- и послеоперационных осложнений, которые свойственны фундопликации по Ниссену.
2. При грыжах ПОД больших размеров показана фундопликация по Ниссену или одна из ее модификаций.
3. Дифференцированный подход к выбору способа оперативного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с учетом патологии пищеводно-желудочного перехода позволяет достичь хороших ближайших и отдаленных результатов и существенно улучшить качество жизни больных. Рецидив ГЭРБ в отдаленном послеоперационном периоде отмечен в 4,3%.

4. Широкое применение предложенного нами подхода к выбору способа лечения ГЭРБ с использованием видеолапароскопии открывает широкие возможности перед хирургией данной патологии.

Список литературы

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – болезнь XXI века (стратегия хирургического лечения). /Г.М. Соловьев, Г.И. Лукомской, А.М. Шулутко и др.). Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2000. - № 1. С. 62-65.
2. Повторные операции после фундопликации по Ниссену /А.Ф. Черноусов, А.М.Корчак, С.Н. Степанкин, В.М. Эфендиев// Хирургия – 1985. - № 9. – С. 5-10.
3. Циммерман Я.С. Хронический гастрит и язвенная болезнь – Пермь. С. 2000. - 255 с.
4. Ionssens Y. Update on pathophysiology and management of GFRD.- Berlin, 1995. - 135 p.
5. Yohnson I.F., Mc Nally P.R. Секреты гастроэнтерологии /Под ред.р.R. Mc Nally M.; СПб, 1999.