

Н.Х. МУСАБАЕВ, М.С. РАСУЛОВА, Д.К. ЖЕЛДЫБАЕВ, М.Р. ЖАМАЛОВ, Р.А. АСЫМЖАНОВ, Д.М. ИЩАНОВА
 Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова,
 кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии № 2

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь широко распространена в мире. Вопрос об оперативном лечении ГЭРБ возникает, когда консервативная терапия не дает ожидаемого эффекта, несмотря на неоднократные курсы медикаментозной терапии и соблюдение всех рекомендаций по нормализации образа жизни. Консервативное лечение позволяет снизить остроту симптомов и не дать развиваться осложнениям и не устраняет причину заболевания. Целью данной работы явилось тактика лечения при различных видах фундопликации: открытая фундопликация по Ниссену и лапароскопическая фундопликация, так как дают хорошие результаты (85-95 %).

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), фундопликация, антирефлюксная операция.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) широко распространена в мире. Согласно данным Института Gallor (США), 44% американцев по крайней мере один раз в месяц жалуются на изжогу, 7% испытывают ее ежедневно и 18% вынуждены прибегать к самолечению. Среди этих пациентов 20% страдают тяжелым рефлюксом, вызывающим такие осложнения, как синдром Barrett (10-15%), изъязвление (2-7%), стриктура (4-20%), кровотечение (2%). Вопрос об оперативном лечении рефлюкс-эзофагита (ГЭРБ) возникает, когда консервативная терапия не дает ожидаемого эффекта, несмотря на неоднократные курсы медикаментозной терапии и соблюдение всех рекомендаций по нормализации образа жизни. Консервативное лечение позволяет снизить остроту симптомов и не дать развиваться осложнениям и не устраняет причину заболевания. Целью данной работы явилось тактика лечения при различных видах фундопликаций. Показания к оперативному лечению:

- Неэффективность консервативного лечения в течение 6 месяцев независимо от наличия или отсутствия диафрагмальной грыжи.
- Быстрый рецидив ГЭРБ после прекращения медикаментозного лечения
- Явления рефлюкс-эзофагита
- Осложнения ГЭРБ (пищеводные кровотечения, язва пищевода, пептические стриктуры пищевода, развитие пищевода Баррета, сочетание ГЭРБ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы).

Основным методом хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является операция – фундопликация (открытую фундопликацию провёл Nissen в 1955 году). Основной целью оперативного лечения является восстановление нормальной функции нижнего пищеводного сфинктера, неправильная работа которого как раз и позволяет желудочному содержимому попадать в пищевод, вызывая, тем самым, рефлюкс-эзофагит. Проведение операции позволяет восстановить замыкательный механизм кардии; восстановить острый угол между дном желудка и абдоминальной частью пищевода (угла Гисса); увеличить длину участка повышенного давления, обеспечить свободное прохождение пищи в желудок. Для избежания плотной фундопликационной манжетки в желудок заранее вводят толстый желудочный зонд, затем формируют фундопликационную манжетку из дна желудка не менее 4 см на абдоминальную часть пищевода и обязательно фиксируют ее переднюю и заднюю стенки отдельными швами к пищеводу, чтобы избежать выскальзывания его из фундопликационной манжетки. По мнению хирургов операция показана при безуспешных многократных и частых курсах медикаментозной терапии, быстром рецидиве заболевания после прекращения лечения. Хирургическое лечение необходимо больным с тяжелым рефлюкс-эзофагитом, осложненным стриктурой пищевода, формированием пептических язв, развитием пищевода Баррета. По данным литературы частота выскальзывания манжетки снизилась с 13-15% до 0%. По данным исследований открытая фундопликация по Nissen приносит успех примерно в 85-95% случаев-наблюдение до 10 лет.

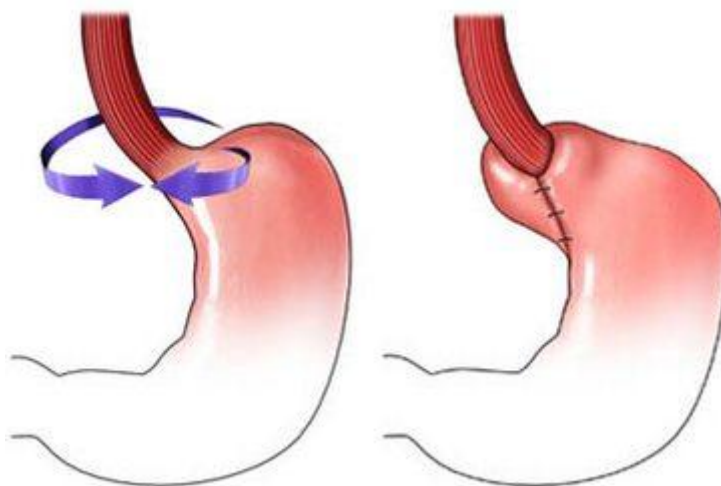
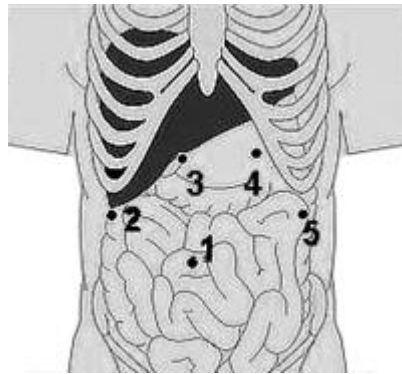


Рисунок 1 - Первая лапароскопическая фундопликация осуществлена в 1991 году Geagea и Dallemagne.



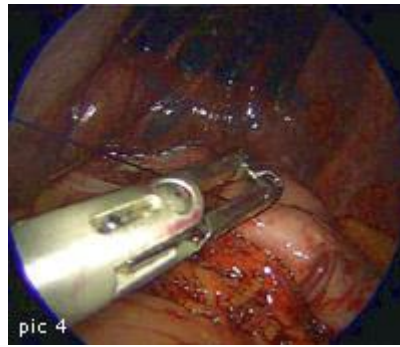
При грыже пищеводного отверстия диафрагмы и недостаточности кардиального сфинктера желудка наиболее широко используется операция фундопликация по Ниссену. Показанием к выполнению данной операции служат явления рефлюкс-эзофагита, язвы пищевода, неэффективность консервативной терапии. Положение больного на операционном столе-с раздвинутыми ногами, при этом ноги несколько согнуты (чтобы можно было придать пациенту положение Фовлера). Хирург располагается между ног пациента, камера справа от больного, ассистент слева. Вколы троакаров показаны на рисунке.



При этом вколы в правом и левом мезогастррии (3 и 4) используются для рабочих инструментов, вкол в правом подреберье (2) - для введения ретрактора, вкол в левом подреберье (5) - для введения эндобеккока и фиксации желудка. После введения всех троакаров пациент переводится в положение Фовлера. Устанавливается ретрактор и эндобеккок, отводится печень, фиксируется желудок в области дна и производится осмотр ножек диафрагмы. Проверяется наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Для этого вскрывается брюшина малого сальника, выделяется правая ножка диафрагмы (рис 2).



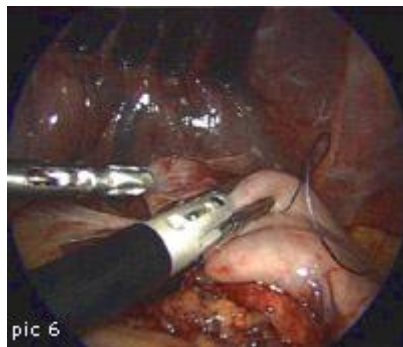
Осматривается отверстие позади пищевода, при возможности выделяется основание левой ножки диафрагмы. В области угла Гисса мобилизуется пищеводно-желудочный переход, мобилизуется левая ножка диафрагмы. Наиболее удобно мобилизацию проводить с помощью ультразвуковых ножниц (Endoshears, фирмы Auto Suture), также возможно мобилизацию проводить с помощью крючка. Со стороны малого сальника за пищеводом выделяются обе ножки диафрагмы, определяется величина отверстия между ними и решается вопрос о целесообразности их ушивания (рис. 3). Необходимо отметить, что при наличии щелевидного отверстия небольших размеров считают нецелесообразным его ушивание и производят фундопликацию в чистом виде.



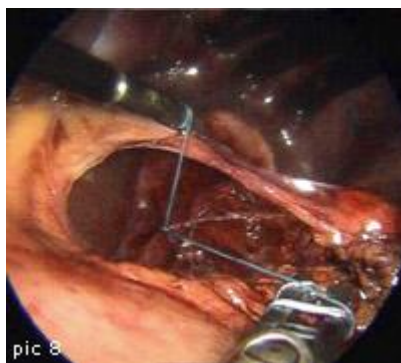
Далее возможны два варианта фундопликации. В первом случае, как это делал и сам Ниссен, проводят переднюю стенку желудка позади пищевода в полость малого сальника и создают манжету, в которую попадают и ветви блуждающих нервов. Многие хирурги считают подобный вариант операции опасным, так как возможно сдавление блуждающих нервов манжетой. Однако статистика тех хирургов, которые выполняют операцию в данной модификации, этих опасений не подтверждает. Применяют данный вариант операции как основной.



В этом случае проводят переднюю стенку желудка через полость малого сальника и производят фундопликацию с захватом в манжету обоих блуждающих нервов, как это показано на рисунках (рис. 4, 5, 6). Проведение стенки желудка должно быть совершенно свободным. Если большую кривизну желудка удерживают спайки или короткие желудочные сосуды, необходимо их рассечь до тех пор, пока проведение желудка позади пищевода не будет происходить совершенно свободно. Более сложный вариант - отделение блуждающих нервов от стенки пищевода. Для этого по передней поверхности в области пищеводно-желудочного перехода рассекается брюшина. вариант - отделение блуждающих нервов от стенки пищевода. Для этого по передней поверхности в области пищеводно-желудочного перехода рассекается брюшина. Затем по правому краю пищевода выделяется его боковая стенка, отделяется передняя ветвь блуждающего нерва, оба нерва вместе с жировой клетчаткой отводятся в сторону.

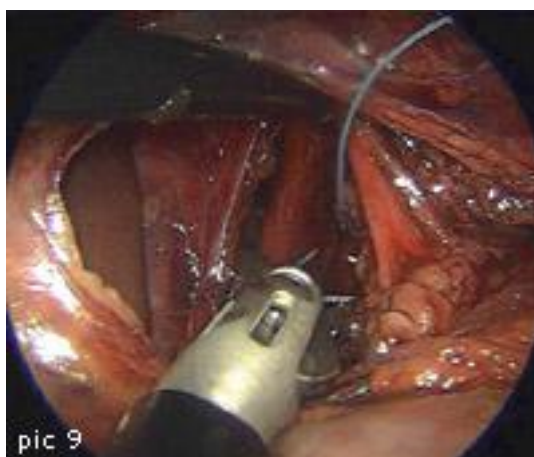


Затем окончательно мобилизуется дно желудка в области угла Гисса, при этом иногда накладывать клипсы на несколько сосудов. Дно желудка должно быть мобилизовано так, чтобы оно свободно проходило за пищеводом. Выделение правой стенки пищевода при предшествующем эзофагите может быть достаточно сложной манипуляцией. Необходимо строго следить за тем, чтобы не расслоить стенку пищевода и не вскрыть его просвет. Не берут пищевод на держалку, хотя считают такую манипуляцию возможной (рис. 10).



pic 8

Помимо держалки часто используют максиретрактор (EndoRetract Maxi, Auto Suture), чтобы приподнять и удержать пищевод. Ушивание ножек диафрагмы производится после полной мобилизации. Обе ножки диафрагмы сшиваются 2-3-узловыми швами с использованием аппарата EndoStitch (Auto Suture) и нити Surgidac 2/0 (рис. 8, 9). Как правило, ушивание производится позади пищевода. Однако иногда более удобно для хирурга ушивать ножки диафрагмы над пищеводом. Наконец, при больших дефектах диафрагмы и невозможности ушивания ножек без натяжения тканей можно применять заплату, для чего используется полипропиленовая или политетрафторэтиленовая сетки. Помимо использования аппарата EndoStitch, возможно ушивание ножек атравматической нитью и иглой с использованием интракорпорального шва, но следует помнить о том, что всегда необходимо использовать использовать нерассасывающиеся нити.



pic 9

После этого передняя стенка желудка проводится за пищеводом и сшивается с дном несколькими швами такой же нитью. При этом в шов берут стенки желудка и стенку пищевода. Сколько швов необходимо применять? Считают, что для создания герметичного пищеводно-желудочного перехода достаточно диаметра манжеты 2-3 см (рис. 7).



pic 10

Некоторые авторы рекомендуют накладывать один П-образный шов полипропиленовой нитью на политетрафторэтиленовых пластинах. Некоторые хирурги не используют эту модификацию и не считают возможным рекомендовать ее для лапароскопической операции. Надо отметить, что в течение всей операции в желудке должен стоять толстый желудочный зонд (более предпочтителен специальный буж). После сшивания стенок желудка производится окончательный осмотр операционного поля, промывание брюшной полости. Предпочитают возможным не дренировать брюшную полость после этих операций.

Отдаленные результаты

Очередной этап развития антирефлюксной хирургии пищеводно-желудочного перехода наступил в связи с внедрением в практическую медицину эндоскопических технологий. Лапароскопическая фундопликация получила широкое распространение, так как она менее агрессивна и пациенты имеют более короткий период восстановления по сравнению с лапаротомией.

Тем не менее все отрицательные стороны данных фундопликаций присущи и малоинвазивной методике, поэтому невозможно избежать характерных для них осложнений. Выраженная дисфагия, по мнению J.E. Bais et al., более характерна для лапароскопической фундопликаций по сравнению с операцией, выполненной лапаротомным доступом. W.A. Dgraaisma et al. не выявили различий между субъективными и объективными результатами лапароскопической и открытой фундопликаций Nissen.

При сравнении парциальных фундопликаций, выполненных лапаротомным доступом и лапароскопически, W. Kneist et al. не выявили существенных различий.

Результаты операции как удовлетворительные отметили 85%-95% пациентов после открытой операции при наблюдении до 10 лет и 85% после лапароскопической до 5 лет. Рецидив рефлюкса выявлен у 28,6 по сравнению с 31% больных, дисфагия развилась у 15% больных в обеих группах. Исследования, проведенные J.G. Hunter и CD. Smith, выявили миграцию фундопликационной манжетки в заднее средостение у 25% пациентов после лапароскопической фундопликаций, гиперфункцию манжетки у 30% больных и "телескопический" эффект у 32%. И только у 5,5% пациентов эндоскопически был подтвержден рецидив рефлюкс-эзофагита.

Учитывая незначительный процент неудовлетворительных результатов и послеоперационных осложнений А.Ф. Черноусов и соавт. выполняли фундопликацию в модификации РНЦХ лапароскопически. При оценке результатов рецидива патологического гастроэзофагеального рефлюкса не выявлено.

Эффективность хирургического лечения ГЭРБ была подтверждена результатами многих исследований. В частности, отдаленные (проверенные в течение длительного времени после операции) результаты лапароскопических операций по поводу рефлюксной болезни, оценивались на протяжении 5 лет. Результаты операции как удовлетворительные отметили 85%-95% пациентов после открытой операции при наблюдении до 10 лет и 85% после лапароскопической до 5 лет. При этом более 85% пациентов, которым была выполнена лапароскопическая фундопликация, были удовлетворены результатами операции. Успешные результаты после лапароскопической фундопликаций по Nissen на сегодняшний день достигают 87-95%. Согласно данным J.Y.Liu, S. Woloshin, через 2 года 80% пациентов оценили результат фундопликаций по Nissen как хороший или отличный, 6% - как удовлетворительный, 14% - как неудовлетворительный. 83% пациентов были удовлетворены результатами операции. Спустя пять лет после антирефлюксной хирургии рецидив рефлюкс-эзофагита выявлен у 12,5% после лапароскопической операции по Nissen и в 4,1% после открытой фундопликаций. Повторное вмешательство было необходимо в 1,5-9,0% случаев после лапароскопической операции.

Таким образом, основными аргументами в пользу хирургического лечения ГЭРБ являются:

Операция воздействует на саму причину возникновения рефлюкса, более 90% пациентов обычно удовлетворены результатами хирургического лечения, после операции значительно снижается необходимость в лекарственной терапии (только в 14% случаев требуется продолжить прием препаратов). Анализ результатов свидетельствует о высокой клинической эффективности фундопликаций в лечении рефлюкс-эзофагита. Наиболее часто используется фундопликация по Nissen. Однако, в связи с большим количеством послеоперационных осложнений, данную операцию нельзя считать оптимальным антирефлюксным вмешательством. Практически все операции выполняются лапароскопически. В то же время около трети пациентов после антирефлюксных операций вновь начинают принимать антисекреторные препараты. В связи с небольшим количеством послеоперационных осложнений и высоким процентом хороших отдаленных результатов (95%) предлагают использовать фундопликацию в модификации РНЦХ (А. Ф. Черноусова) как основной метод хирургического лечения ГЭРБ, особенно ее осложненных форм.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Черноусов А. Ф., Шестаков А. Л., Тамазян Ф. С. Рефлюкс-эзофагит. М., 1999.
- 2 Маев И. В., Вьючнова Е. С., Лебедева Е. Л. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Уч.-мет. пос. М.: Изд. ВУНЦ МЗ РФ. 2000.
- 3 Матвеев Н. Л., Протасов А. В., Кривцов Г. А., Леликов А. С. Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса // Эндоскоп, хирург. 2000. №3. С. 21-25.
- 4 Оценка эффективности фундопликации по методике РНЦХ // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2010. № 3. С. 126-127 (соавт.: Черноусов Ф.А.).
- 5 Первые результаты лапароскопической фундопликации, селективной проксимальной ваготомии в модификации РНЦХ // Альманах института Хирургии им. А.В. Вишневского. 2010. № 1 (1). С 34. (соавт.: Черноусов Ф.А., Шестаков А.Л.).
- 6 Качество жизни у пациентов в отдаленном послеоперационном периоде после фундопликации в модификации РНЦХ // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2010. № 3. С. 126 (соавт.: Черноусов Ф.А.).

Түйін: Гастроэзофагеальді рефлюксті ауру-жаядай таратып жібер- арада әлемде. Сұрақ туралы ГЭРА шұғыл шипасында туады, қашан консерваторлық терапия күт- нәтижені емес бермейді, қарамастан медикаменттің терапиясының бірнеше курстарын және барлық ұсыныстың сақта- ша өмірдің бейнесінің нормаландыру. Тартпақы шипа белгінің өткірлікін және қағыну алып бермеппін шиеленістерге төмендету қояды және ауруға шалдығудың себебін серпімейді. Айтылмыш жұмыстың максатымен шипаның тактикасының арқылы әртүрлі фундопликациялар көріністерінің: ашық фундопликация Ниссенге дейін болып табылды және лапароскопиялық фундопликация, себебі жақсы нәтижелерді (85-95%) береді.

Түйінді сөздер: Гастроэзофагеальді рефлюксті ауру (ГЭРА), фундопликация, антирефлюкстік операциялар.

Resume: Gastroesophageal reflux disease is widespread in the world. The question of the surgical treatment of GERD occurs when konservativnaya therapy does not give the desired effect, despite repeated courses of drug therapy and compliance with all recommendations of the normalization of life. Conservative treatment can reduce the severity of symptoms and prevent complications develop, and does not eliminate the cause of the disease. The aim of this work was therapeutic approaches for different types of fundoplication: open Nissen fundoplication and laparoscopic fundoplication, as they give good results (85-95%).

Keywords: gastroesophageal reflux disease (GERD), fundoplication, antireflux operations.