УДК 616.329.33-008.17-092-89

НОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ ПРИ КОРОТКОМ ПИЩЕВОДЕ II СТЕПЕНИ

Залевский А.А., Горбунов Н.С., Большаков И.Н., Самотёсов П.А., Чикун В.И., Архипкин С.В.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ», Красноярск, e-mail: hiatus39@ya.ru

В статье представлено описание техники авторского переднего наддиафрагмального внеплеврального оперативного доступа к грудному отделу желудка и оперативного приёма, заключающегося в формировании из передней стенки грудного отдела желудка складки-клапана, обращенной вершиной внутрь на уровне кольца пищеводного отверстия диафрагмы, у больных ГЭРБ с коротким пищеводом II степени. Клапан функционирует подобно клапану Губарева, перекрывая выход из желудка в пищевод между приёмами пищи и отклоняясь книзу и кпереди под давлением продвигающегося пищевого комка, возвращаясь в исходное положение при содействии внутрижелудочного давления. Клапан надёжно сдерживает содержимое желудка от заброса в пищевод между приёмами пищи, не создаёт дисфагию, не препятствует физиологической отрыжке. Диспансерное наблюдение за 11 больными показало, что клапан не проявляет признаков анатомической и функциональной деградации и рецидива ГЭРБ в отдалённые сроки.

Ключевые слова: короткий пищевод, ГЭРБ, хирургия

NOVATION METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF GERD AT SHORT ESOPHAGUS SECOND DEGREE

Zalewski A.A., Gorbunov N.S., Bolshakov I.N., Samotësov P.A., Chikun V.I., Arkhipkin S.V.

Krasnoyarsk State Medical University after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, e-mail: hiatus39@ya.ru

The article describes the author's technology front naddiafragmalnogo Vneplevralnaya quick access to thoracic stomach and operational acceptance, is the formation of the anterior wall of the thoracic stomach fold-valve facing the top of the inside of the ring at the level of hiatal have GERD patients with short esophagus II degree . The valve functions like a valve Gubarev, blocking exit from the stomach into the esophagus between meals and deflected downward and anteriorly under the pressure of the advancing bolus, returning to the starting position with the assistance of intragastric pressure. Valve reliably inhibits gastric contents into the esophagus from the casting between meals, not create dysphagia, does not preclude a physiological belching. Clinical supervision for 11 patients showed that the valve does not show signs of anatomical and functional degradation and recurrent GERD in distant time.

Keywords: short esophagus, GERD, Surgery

Существует множество концепций патогенеза ГЭРБ порой диаметрально противоположных. В настоящее время их число превышает 50. Рудольф Ниссен пробовал устранить патологический желудочно-пищеводный рефлюкс воссозданием острого угла Гиса эзофагофундорафией, но эта операция оказалась не эффективной. Вероятно, поэтому предложенная тем же Ниссеном в 1956 году манжетка, навёртываемая из дна желудка вокруг дистального отдела пищевода под диафрагмой, многими хирургами была воспринята позитивно, полагающими, что причиной ГЭРБ является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и слабый нижний пищеводный сфинктер (НПС) [3]. Однако из-за часто возникающей послеоперационной дисфагии и других осложнений, вскоре появилось множество её модификаций. Проведя анализ концепций патогенеза ГЭРБ, мы приняли для руководства дальнейшей работой концепцию патогенеза ГЭРБ, признающую ключевым его фактором врождённое или приобретённое отсутствие клапана Губарева. Следуя этой концепции, мы отказались от восстановления нормальной анатомической позиции пищеводно-желудочного перехода и от навёртывания манжетки из дна желудка вокруг дистального отдела пищевода под диафрагмой. Основанием для этого послужили известные, но не учитываемые факты: 1) грудное положение небольшой части желудка не оказывает вредного воздействия на органы средостения и не создаёт мотивации для низведения его под диафрагму. В этой связи врождённое укорочение пищевода II степени (грудной желудок) мы стали условно рассматривать как вариант анатомической нормы для конкретного больного, а клапан формировать поверх кольца пищеводного отверстия диафрагмы без коррекции давления НПС ман-

жеткой из дна желудка [2]. для выполнения нового оперативного приёма мы разработали специальный оперативный доступ к заднему средостению [1].

Материалы и методы исследования

Врождённый короткий пищевод II степени – патология, встречающаяся относительно редко, выявляется, как правило, либо случайно при обследовании больных, либо во время операции по поводу ГЭРБ. С 1989 по 2002 год нами он был выявлен у 19 больных ГЭРБ в возрасте от 17 до 50 лет, 11 из которых выполнены операции по представленной ниже методике.

Техника оперативного доступа. Положение больного на спине. Наркоз с искусственной вентиляцией лёгких. Разрез начинают над верхушкой мечевидного отростка и продлевают вверх до места крепления VI ребра к грудине. Затем разрез овально переводят в VI межреберье и по нему продлевают до условного пересечения со среднеключичной линией (рис. 1).

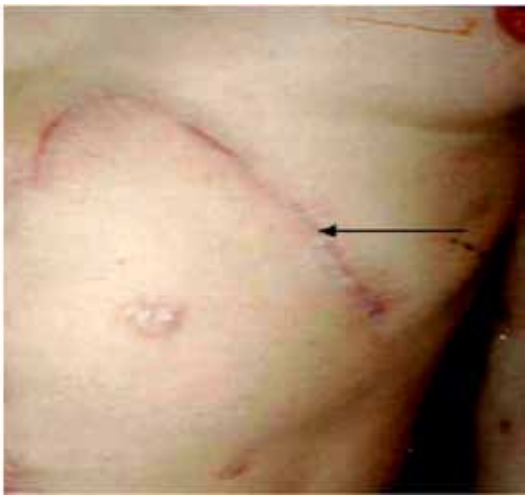

Рис. 1. Фотография передней грудной и брюшной стенки больного К. 45 лет, через 11 месяцев после операции

По ходу кожного разреза послойно рассекают подлежащие ткани до внутренней грудной фасции. Конец VII ребра отделяют от грудины и отводят книзу, рассекают внутригрудную фасцию и квадратную мышцу, в переднее средостение вводят палец и отслаивают переходную складку париетальной плевры от грудной стенки, разрез фасции продлевают до наружного угла раны. В рану вводят малый реечный расширитель и разводят на 5-7 см, пересекают VII ребро у места крепления прямой мышцы живота к рёберной дуге, фрагмент ребра пришивают к нижней дуге реечного расширителя, для удержания его от соскальзывания. Края раны разводят до 10 см, переходную складку париетальной плевры отслаивают от перикарда к верхушке сердца.

Стрелка указывает на рубец после переднего наддиафрагмального операционного доступа. на передней брюшной стенке рубцы от ранее перенесенных операций.

Фиброзные тяжи, образующие переднюю линию сращения перикарда с диафрагмой деликатно разделяют острым способом в промежутке между грудино-перикардиальной связкой и верхушкой сердца. После разделения сращений передней линии сращения между перикардом и диафрагмой находится прослойка рыхлой клетчатки, по которой тупым способом их разделяют. по мере углубления доступа под перикард вводят узкое зеркало с автономным источником света, опирая его на край VI ребра и практически не оказывая давление на сердце. После разделения рыхлых сращений заднюю апертуру канала доступа, открывающую заднее средостение, расширяют влево до листка средостенной плевры.

Техника формирования клапана. Перикардиальный отдел диафрагмы отводят книзу зеркалом шириной 3 см с автономным источником света не его конце. Марлевым тампоном на изогнутом зажиме переднюю стенку грудного желудка погружают в полость абдоминального желудка чрез кольцо пищеводного отверстия диафрагмы. Боковые стенки погружённой части желудка фиксируют к переднебоковым дугам кольца пищеводного отверстия диафрагмы швами, удерживающими складку передней стенки грудного желудка у задней стенки абдоминального желудка на уровне кольца пищеводного отверстия диафрагмы. на этом формирование клапана заканчивается.

Функция клапана. Пищевой комок, пройдя через пищевод в грудной отдел желудка, задерживается над клапаном и, накопив достаточную массу, отодвигает его книзу и проваливается в желудок (рис. 2).

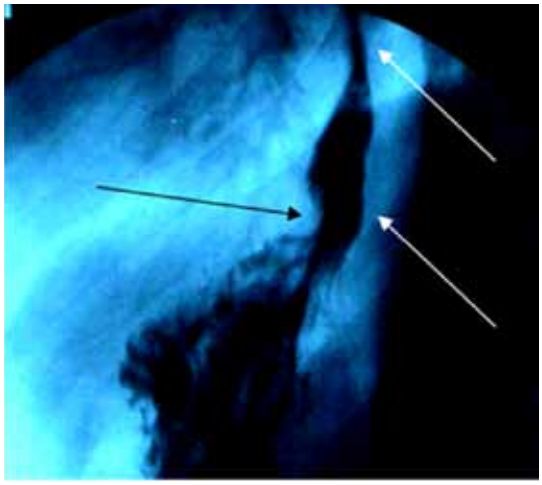

Рис. 2. Фотография левосторонней рентгенограммы пищевода и желудка больного П. 17 лет, сделанная в момент обильного питья водной взвеси сернокислого бария. Чёрная стрелка указывает на створку клапана, верхняя белая стрелка – на пищеводно-желудочный переход, нижняя белая – на заднюю стенку грудного желудка

Между приёмами пищи вершина складки передней стенки грудного желудка остаётся у задней стенки грудного желудка, как створка клапана (рис. 3).

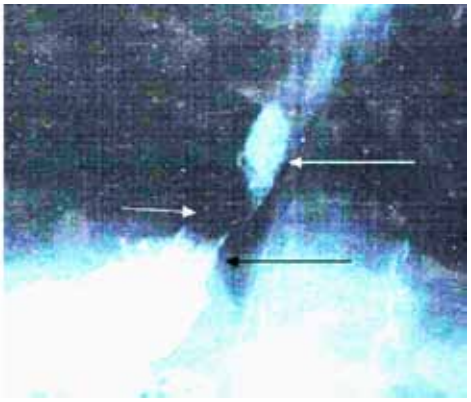

Рис 3. Левосторонняя рентгенограмма пищевода и желудка с остатками водной взвеси сернокислого бария (фотография). Стрелка справа указывает на створку клапана обтекаемую контрастной массой, белая стрелка слева указывает на тень столбика водной взвеси сернокислого бария над створкой клапана, чёрная стрелка слева указывает на место пищеводного отверстия диафрагмы

При резком повышении давления в желудке край складки оттесняется кпереди и кверху и открывает выход содержимому из абдоминального отдела желудка в грудной желудок и, далее в пищевод, происходит отрыжка или рвота.

По завершению оперативного приёма средостение дренируют силиконовым трубчатым дренажом с боковыми отверстиями под VII ребром у внутреннего края левой прямой мышцы живота и фиксируют прошивной нитью к коже.

Результаты исследования и их обсуждение

Критериями в оценке эффективности операции были: отсутствие послеоперационной дисфагии, сроки восстановления перистальтики желудочно-кишечного тракта и продолжительность стационарного лечения. Послеоперационная дисфагия не отмечена ни у одного из 11 больных. Активность желудочно-кишечного тракта восстанавливалась к утру следующего дня после операции. Продолжительность послеоперационного лечения сократилась почти вдвое по сравнению со сроками, определёнными МЭС в 20 койко-дней (M±m=12±3,2). Больные, имеющие работу, приступали к ней через 10-20 дней после выписки из стационара, вместо положенных 40 дней после операций по Ниссену (M±m=13,5±4,6). Экономический эффект в пересчёте на 100 больных составил 1086510 рублей по расценкам на период 2002 года. В отдаленные сроки, прослеженные по от 8 и 17 лет, случаев рецидива болезни не было.

Выводы

1. Передний наддиафрагмальный внеплевральный оправный доступ к заднему средостению открывает грудной отдел желудка, достаточный для сформирования клапана из передней его стенки в удалении от пищеводно-желудочного перехода, не рассекая сращения желудка с кольцом пищеводного отверстия диафрагмы.

2. Результаты диспансерного наблюдения за больными с клапаном, сформированным из передней стенки грудного желудка, функционирующим как клапан Губарева, полностью подтвердили правильность концепции, признавшей основным фактором патогенеза ГЭРБ у больных с коротким врождённым пищеводом II степени отсутствие клапана Губарева.

3. Настоящая операция относительно малотравматична, не осложняется дисфагией и рецидивом ГЭРБ , сокращает сроки лечения больных и может быть рекомендована к применению в других клиниках России.

Список литературы

1. Залевский А.А. Способ обнажения заднего средостения передним наддиафрагмальным внеплевральным доступом, Патент РФ №2167614, 27.05.2001.

2. Залевский А.А. Антирефлюксная операция при коротком пищеводе. Патент РФ №2179411 от 20.02.2002 Бюл. №5.

3. Шептулин А.А., Хромов В.Л., Санкина Е.А. Современное представление о патогенезе, диагностике и лечении рефлюкс-эзофагита // Клин. медицина. – 1995. – №6. – С. 11-14.

4. Zalevskiy A.A., Gorbunov N.S., Shehovcova J.A., Russkih A.N., Shaboha A.D., Petuhova O.V. Conceptual approach to pathogenesis and surgical treatment of gastroesophageal reflux disease // Medical and Health Science Journal, MHSJ, Volume 11, issue 2. – P. 56-60.