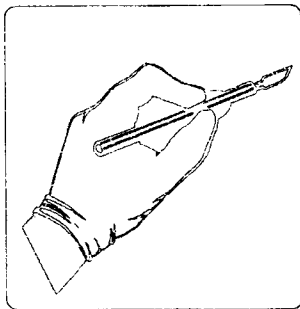




Н.П. Степанов, А.И. Иванов, А.В. Тобохов, В.Н. Николаев,
В.Д. Слепцов

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГАСТРОПТОЗА

Медицинский институт Якутского государственного университета
им. М.К. Аммосова, г. Якутск

Современные исследователи [1, 5, 6] полагают, что взаимосочетание опущения желудка и толстой кишки обусловлено общностью их связочного аппарата. Нарушение топографии ободочной кишки при этом вызывает развитие хронического толстокишечного стаза (ХТС), преимущественной мишенью поражения которого, в свою очередь, являются вышележащие отделы [2] желудочно-кишечного тракта. Однако фиксация внимания хирургов [3, 4] в первую очередь на запоры приводит к упущению клинических проявлений гастроптоза, часто сопутствующих ему гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов и связанных с ними воспалительных изменений в слизистой оболочке.

Материалы и методы исследования

Представленная работа основана на анализе результатов обследования 165 больных с гастроптозами в возрасте от 16 до 73 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении абдоминальной хирургии Республиканской больницы №1 Национального центра медицины Минздрава РС (Я) с 1996 по 2002 г. Абсолютное большинство пациентов составили женщины — 137 (83,0%), мужчин было 28 чел. (17,0%). В наиболее трудоспособном возрасте от 20 до 50 лет находился 121 (73,3%) пациент. Все они в разной степени страдали хроническими запорами.

Из числа пациентов были сформированы 3 группы в соответствии с классификацией А.И. Иванова (1996), согласно которой выделяют 3 степени хронического толстокишечного стаза (ХТС): компенсация — задержка стула до 3-4 дней, субкомпенсация — задержка стула от 5 до 10 дней, декомпенсация — задержка стула свыше 10 дней. В первую группу вошли 55 чел. (33,3%), во вторую группу — 64 чел. (38,8%) и в третью — 46 чел. (27,9%). Всем больным проводили следующие исследования: рентгенологические методы исследования желудочно-кишечного тракта (рентгеноскопия желудка с пассажем бария, ирригоскопия), эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), радионуклидное исследование желудка, морфологическое исследование биоптатов слизистой антрального отдела желудка.

Нами разработана и впервые применена методика радионуклидного исследования топографии желудка, основанная на свойстве ^{99m}Tc-пертех-

Резюме

Обследовано 165 пациентов с гастроптозом разной степени в возрасте от 16 до 73 лет, 137 (83,0%) женщины и 28 (17,0%) мужчин. У всех пациентов диагностирован гастроптоз, воспалительные и функциональные нарушения органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и различные аномалии развития и фиксации ободочной кишки, приведшие к развитию хронических запоров. Проведено комплексное хирургическое лечение висцероптоза с коррекцией гастроптоза 74 (44,8%) пациентам.

N.P. Stepanov, A.I. Ivanov, A.V. Tobokhov,
V.N. Nikolayev, V.D. Sleptsov

DIAGNOSTICS AND SURGICAL CORRECTION OF GASTROPTOSIS

Yakutian State University named after M.K. Ammosov,
Medical Institute Department of Hospital Surgery

Summary

165 patients with gastropotosis of different degrees had been investigated aging from 16 to 73 years, 137 (83,0%) women and 28 (17,0%) men. All patients were diagnosed with gastropotosis, inflammatory and functional disorders of upper parts of gastrointestinal tracts, different anomalies of development and fixation of large intestine, causing the development of chronic constipations. Combined surgical treatment of visceropotosis with correction of gastropotosis was conducted to 74 (44,8%) patients.

нетата избирательно выделяться клетками желудочного эпителия. Исследование проводили внутривенным введением ^{99m}Tc-пертехнетата и регистрацией изотопа на сцинтилляционной гамма-камере фирмы "Siemens" с компьютерной обработкой данных.

Результаты исследования

Рентгеноскопия пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки была проведена всем пациентам (табл. 1). При этом у них было установлено опущение желудка разной степени. В оценке степени опущения желудка мы придерживались рентгенологической классификации, в соответствии с которой гастроптоз I ст. — малая кривизна желудка находилась на 2-3 см выше гребешковой линии (34 пациента — 20,6%), II ст. — на уровне гребешковой линии (108 больных — 65,5%) и III ст. — ниже этой линии (23 больных — 13,9%). У

Частота выявления нарушений моторно-эвакуаторной функции пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с гастроптозом

Нарушения	Степень ХТС						Всего больных	
	компенсация		субкомпенсация		декомпенсация			
	абс.	M±m, %	абс.	M±m, %	абс.	M±m, %	абс.	M±m, %
Недостаточность кардии	20	12,1±2,5	31	18,8±3,0	42	25,5±3.4	93	56,4±3,9
Тонус желудка гипотоничный	2	1,2±0,9	9	5,5±1.8	13	7,9±2,1	24	14,5±2,7
Тонус желудка гипертоничный	4	2,4±1,2	8	4,8±1.7	5	3,0±1,3	17	10,3±2,4
Задержка эвакуации желудка	3	1,8±1,0	10	6,1±1.9	20	12,1±2,5	33	20,0±3,1
Ускорение эвакуации	2	1,2±0,9	1	0,6±0,6	1	0,6±0,6	4	2,4±1,2
ДГР	17	10,3±2,4	26	15,8±2,8	34	20,6±3,1	77	46,7±3,9

больных с декомпенсированной степенью ХТС преимущественно выявлялся гастроптоз II и III ст. — 31 случай (67,4%) и 12 (26,1%) случаев соответственно.

Недостаточность кардии, диагностированная в 93 (56,4%) случаях, проявлялась ее несмыкаемостью. Гастроэзофагеальный рефлюкс наиболее часто (25,5%) наблюдался у больных с декомпенсированным ХТС. У многих пациентов отмечались нарушения тонуса желудка, задержка и ускорение начальной эвакуации из желудка. Большой удельный вес дуоденогастрального рефлюкса (ДГР), отмеченный в группах больных с субкомпенсированным и декомпенсированным ХТС (26 случаев — 15,8% и 34 случая — 20,6% соответственно), мы объясняем повышением внутриполостного давления в верхних отделах желудочно-кишечного тракта вследствие нарушения транзита химуса, обусловленного висцероптозом.

Таким образом, анализ результатов рентгенологических исследований у больных с гастроптозом показал, что имеется определенная патогенетическая связь между гастроптозом и нарушениями моторно-эвакуаторной функции органов верхнего этажа желудочно-кишечного тракта. Об этом свидетельствует зависимость частоты этих нарушений от степени ХТС.

Динамическая гастросцинтиграфия с использованием ^{99m}Tc-пертехнетата по разработанной нами методике была проведена у 28 (17,0%) пациентов с рентгенологически подтвержденным гастроптозом разной степени. При этом сопоставление результатов радионуклидного и рентгенологического методов исследования показало преимущество гастросцинтиграфии в определении степени опущения желудка. Кроме того, на наш взгляд, динамическая гастросцинтиграфия имеет перспективу и в плане диагностики пищевода Баррета. Визуализация радиофармпрепарата, избирательно выделяющегося железистым эпителием желудка в проекции пищевода, доказывает факт метаплазии слизистой оболочки. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) позволила выявить различные изменения слизистых оболочек органов верхнего этажа ЖКТ.

Недостаточность кардии наиболее часто отмечалась в группах больных с субкомпенсацией и декомпенсацией ХТС — 35 (21,2%) случаев и 40 (24,2%) случаев соответственно. У 6 (3,6%) пациентов наряду с зиянием розетки кардии отмечался пролапс слизистой оболочки желудка в пищевод.

У 86 (52,1%) больных обнаружены воспалительные изменения слизистой оболочки нижней трети пищевода разной степени (табл. 2), обусловленные агрессивным воздействием желудочного содержимого.

При оценке степени тяжести рефлюкс-эзофагита мы пользовались классификацией по *Savary-Miller*. В структуре выявляемости рефлюкс-эзофагита наиболее высокая частота отмечалась у больных гастроптозом с субкомпенсированной и декомпенсированной степенью ХТС.

Гастрит, язвы желудка, недостаточность пилорического жома и воспалительные изменения слизистой оболочки ДПК, обнаруженные у большинства пациентов, наблюдались преимущественно при субкомпенсированном и декомпенсированном ХТС.

Таким образом, патологические изменения слизистых оболочек пищевода, желудка и ДПК наблюдались в основном у больных с гастроптозом с субкомпенсированной и декомпенсированной степенью ХТС. Ирригоскопия с полипозиционным исследованием, проведенная у всех больных, выявила различные аномалии развития и фиксации толстой кишки.

У 116 (70,3%) пациентов выявлен правосторонний колоноптоз, у 49 (29,7%) чел. — тотальный колоноптоз. У 129 (78,2%) больных обнаружен тотальный долихоколон — удлинение двух и более отделов ободочной кишки. Долихомегаколон — удлинение и расширение нескольких отделов толстой кишки, выявлен нами в 12 (7,3%) случаях.

Таким образом, аномалии развития и фиксации ободочной кишки играют ведущую роль в патогенезе висцероптоза. Поэтому исследование толстой кишки у больных с опущением внутренних органов является залогом успеха комплексного лечения.

Частота и степень рефлюкс-эзофагита в зависимости от степени ХТС у больных с гастроптозом

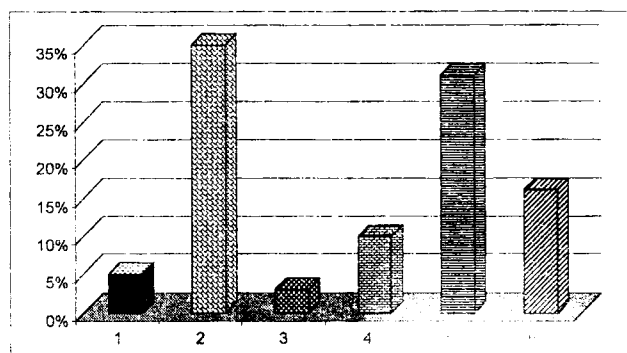
Степень эзофагита	Степень ХТС						Всего больных, n=165	
	компенсация		субкомпенсация		декомпенсация			
	абс.	M±m, %	абс.	M±m, %	абс.	M±m, %	абс.	M±m, %
I ст.	10	6,1±1,9	17	10,3±2,4	19	11,5±2,5	46	27,9±3,5
II ст.	0	0	8	4,8±1,7	9	5,5±1,8	17	10,3±2,4
III ст.	1	0,6±0,6	5	3,0±1,3	6	3,6±1,5	12	7,3±2,0
IV ст.	0	0	4	2,4±1,2	7	4,2±1,6	11	6,7±1,9
Всего	11	6,7±1,9	34	20,6±3,1	41	24,8±3,4	86	52,1±3,9

Морфологическое исследование биоптатов из антрального отдела желудка, взятых при эндоскопическом исследовании у 30 пациентов с гастроптозом при разной степени ХТС, выявило различные по характеру морфологические изменения слизистой оболочки желудка, соответствовавшие картине хронического воспаления с разной степенью атрофических, склеротических и метапластических процессов, развивавшихся при длительном и интенсивном воздействии агрессивных факторов желудочного секрета. Отмечается четкая зависимость выраженности структурных изменений слизистой оболочки желудка от степени хронического толстокишечного стаза.

Методы хирургического лечения гастроптоза

Оперативная коррекция гастроптоза и осложняющих его заболеваний произведена 74 пациентам (рисунок). Для оперативного лечения нами принимались следующие показания: клинически установленная и инструментально подтвержденная недостаточность кардии вне зависимости от наличия рефлюкс-эзофагита; рентгенологически подтвержденный гастроптоз II и III ст.

К видам коррекции гастроптоза мы относим фундопликацию и гастропексию. Операции, направленные на устранение гастроэзофагеального рефлюкса, в ряде случаев позволяют корригировать умеренный гастроптоз благодаря тому, что при создании фундопликационной манжеты желудок подтягивается вверх, и устраняются его пегрибы.



Виды оперативной коррекции гастроптоза:

- 1 — гастропексия по Веуа-Бьер, 2 — гастропексия по нашей методике, 3 — фундопликация по Топет, 4 — фундопликация по Дор, 5 — фундопликация по Ниссен, 6 — комбинированная фундопликация и гастропексия

Оперативная коррекция замыкательной функции кардии произведена 44 (59,5%) больным из 74 оперированных. Из них у 35 (47,3%) больных произведена фундопликация по *Nissen*. Задняя парциальная фундопликация по *Toupet* применена у 2 (2,7%) больных, передняя парциальная по *Dor* — у 7 (9,5%) пациентов. Применение парциальной фундопликации показано при гастроптозе I ст. или, при отсутствии такового, у больных с ГЭРБ.

Гастропексия проведена у 42 (56,8%) больных, в том числе по модифицированной нами методике гастропексии по *Vogel* — у 38 (51,4%) больных, и с ушиванием малого сальника по *Beyr-Bier* — у 4 (5,4%) пациентов. Сущность нашей методики состоит в использовании круглой связки печени: она отделяется от передней брюшной стенки, расправляется веером и подшивается к серозной оболочке антрального отдела желудка в области угла. В отличие от способа *Vogel*, мы не фиксируем связку к передней брюшной стенке. В случаях гастропексии по *Beyr-Bier* проводилось укорочение малого сальника гофрирующими швами.

Гастропексия по нашей методике сочеталась с фундопликацией у 12 (16,2%) больных с гастроптозом III ст., осложненным гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Оперативная коррекция аномалий развития и фиксации ободочной кишки, направленная на восстановление нормального транзита кишечного содержимого у больных с висцероптозом, является основным этапом операции, определяющим ее объем и сложность. Резекция левого фланга ободочной кишки произведена у 67 (90,5%), левосторонняя гемиколэктомия — у 4 (5,4%) пациентов, все эти операции завершались двусторонней колонпексией. В 3 (4,1%) случаях проведена изолированная фиксация ободочной кишки.

Результаты операций

Из 74 оперированных больных у 56 (75,7%) прослежены отдаленные результаты в сроки от 6 мес. до 2 лет. При анализе отдаленных результатов всем больным проведено обследование состояния пищевода, желудка посредством инструментальных методов исследования — ЭГДС, рентгеноскопии желудка с изучением пассажа бария в верхних отделах ЖКТ. Критериями оценки послужили состояние моторно-эвакуаторной функции этих органов и сте-

пень изменений слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. “Хорошим” считался результат при уменьшении воспалительных явлений слизистой оболочки, восстановлении нормального транзита химуса и при хороших субъективных ощущениях пациента, отсутствии жалоб, при повышении аппетита, прибавке в весе; “удовлетворительным” — при наличии умеренных воспалительных явлений на фоне нормального пассажа пищи и при отсутствии или уменьшении жалоб, хороших субъективных ощущений больного; “неудовлетворительным” — при нарушении моторно-эвакуаторной функции и выраженных воспалительных изменениях слизистых оболочек, наличии жалоб и плохих ощущений у пациента. Из 35 больных, которым была произведена фундопликация, отдаленный результат прослежен у 21 пациента. Результат операции расценен как “хороший” у 17 ($81,0 \pm 8,6\%$) больных, у 2 ($9,5 \pm 6,4\%$) пациентов после фундопликации по Дог выявлен рецидив рефлюкс-эзофагита. Причину “удовлетворительно” результата мы видим в недостаточном объеме операции. Поступили повторно с жалобами на дисфагию 2 ($9,5 \pm 6,4\%$) больных. При рентгенологическом исследовании выявлено затруднение прохождения контрастного вещества в области фундопликационной манжеты с пристенотическим расширением пищевода и воспалительными изменениями слизистой оболочки. Случаи расценены нами как техническая погрешность при выполнении фундопликации — чрезмерно тугая манжета.

Из 38 пациентов, которым была проведена гастропексия по нашей методике, отдаленные результаты были прослежены у 19 пациентов, результат расценен как “хороший” (при обследовании не выявлено воспалительных явлений слизистых оболочек, пассаж химуса не нарушен) у 15 ($78,9 \pm 9,4\%$) пациентов, в 3 случаях ($15,8 \pm 9,4\%$) операция дала “удовлетворительный” результат — при эндоскопическом исследовании обнаружены различные воспалительные изменения слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки. У одного ($5,3 \pm 5,1\%$) пациента результат операции расценен как “неудовлетворительный” — при ЭГДС обнаружена недостаточность кардии, гастроэзофагеальный рефлюкс с катаральным эзофагитом нижней трети пищевода, это позволило нам сделать вывод о некорригированной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

У 12 пациентов, которым проводились одномоментная фундопликация и гастропексия, “хороший” результат достигнут в 9 ($75,0 \pm 12,5\%$) случаях, в 2 ($16,6 \pm 10,8\%$) сочетанные операции дали “удовлетворительный” результат. В этих случаях обнаружены эрозии антрального отдела желудка при явлениях дуоденогастрального рефлюкса. У одного ($8,3 \pm 8,0\%$) больного по данным рентгеноскопии выявлено нарушение эвакуации желудочного содержимого и эрозивный гастродуоденит. Мы считаем, что его развитию способствовали явления некорригированной хронической дуоденальной непроходимости и нарушение диеты в реабилитационном периоде после операции.

У одного ($1,8 \pm 1,8\%$) больного, которому была произведена пилоросохраняющая резекция желудка по Бильрот-1, результат операции расценен как “хороший”, воспалительных изменений при удовлетворительной эвакуации химуса не выявлено.

У 3 ($5,4 \pm 3,0\%$) пациентов, которым была произведена симультанная селективная проксимальная ваготомия с фундопликацией по Шалимову и дуоденопластикой по Оноприеву, результат также расценен как “хороший”.

Таким образом, суммарный “хороший” результат операций достигнут в 45 ($80,4 \pm 5,3\%$) случаях, “удовлетворительный” — в 7 ($12,5 \pm 4,4\%$) случаях, “неудовлетворительный” — в 4 ($7,1 \pm 3,4\%$) случаях. Причиной “неудовлетворительных” результатов явились запущенность патологического процесса, недостаточный объем проведенной операции и технические ошибки.

Л и т е р а т у р а

1. Иванов А.И. Хирургическое лечение запоров. Новосибирск: Наука, 2000. 176 с.
2. Напалков П.Н. // Вестник хирургии. 1927. №9. С. 192-204.
3. Образцов В.П. Мат-лы XII межд. съезда медиков М., 1913. С. 120.
4. Оппель В.А. // Врачебный вестник. 1921. Авг.-сент. С. 1-18.
5. Тобохов А.В. Диагностика и хирургическое лечение висцероптоза: Дис. ... д-ра мед. наук. Якутск, 2003. С. 45-88.
6. Ус В.Г. Висцероптоз (клиника, диагностика, лечение): Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1987. 337 с.

