

© Коллектив авторов, 2007
УДК [616.33-008.17+616.342-002.44]-089

Г.К.Жерлов, В.Э.Гюнтер, С.В.Козлов, С.П.Синько, И.В.Савченко

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, СОЧЕТАННОЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Научно-исследовательский институт гастроэнтерологии (дир.—проф. Г.К.Жерлов) Сибирского государственного медицинского университета, г. Северск

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, недостаточность замыкательной функции кардии, фундопликация.

Введение. Хроническая гастродуоденальная язва сочетается с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) у 11 — 60% пациентов [1, 3, 7]. ГЭРБ значительно отягощает течение язвенной болезни, прибавляя к имеющимся осложнениям (кровотечения, стеноз, пенетрация) дополнительные — рефлюкс-эзофагит различной степени тяжести, рубцовую стриктуру пищевода, развитие неопластического процесса на фоне воспалительной метаплазии, внепищеводное осложнение [3, 4]. Отсутствие коррекции замыкательной функции кардии при хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является причиной неудовлетворительных результатов лечения и снижения качества жизни после операции [4, 6].

Вполне оправдано стремление хирургов к внедрению при лечении ГЭРБ и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки малоинвазивных видеоэндоскопических операций [1, 3–6, 8]. При этом в угоду меньшей травматичности операции ставятся десятилетиями выработанные постулаты традиционной хирургии. В связи с этим остаётся актуальной оценка результатов лечения этих заболеваний традиционным способом, накопление опыта малоинвазивной хирургии и их сравнение.

Материалы и методы. В клинике с 1985 по 2003 г. оперированы 696 больных по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки — 631 (90,6%) пациент, при постбульбарных язвах — 65 (9,4%). Среди пациентов было 556 (79,9%) мужчин и 140 (20,1%) женщин, в возрасте от 17 до 85 лет. Соотношение мужчин и женщин было 4:1.

У 112 (16,1%) больных диагностированы признаки недостаточности замыкательной функции кардии (НЗФК), и этим пациентам выполнена симультантная операция на кардии. У 103 (91,9%) больных выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы скользящего типа, у 9 (8,1%) — фиксированная. Кардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы отмечена у 74 (66,1%), кардиофундальная — у 38 (33,9%) пациентов. Из 112 пациентов у 20 (17,8%) ГПОД была осложнена дистальным рефлюкс-эзофагитом I степени, у 76 (67,8%) — II степени, у 11 (9,8%) — III степени, у 5 (4,4%) — IV степени (классификация Savary–Miller).

В диагностике заболевания использовали следующие инструментальные методы исследования: трансабдоминальное УЗИ пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, кратковременная и продолжительная (24-часовая) рН-метрия, стационарная манометрия с использованием мультиканальной (12 каналов) системы, полипозиционный рентгенологический метод. Эндоскопическое исследование проводили по методике Ю.В.Васильева (1970). Наряду с традиционным эндоскопическим исследованием, применяется эндоскопическая ультрасонография пищевода (ЭУС) с использованием высокочастотных датчиков 12 и 20 мГц.

Характер выполненных операций при сочетании язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и нарушениях замыкательной функции кардии

Название операции	Количество больных	
	Абс.	%
Дистальная резекция + пилороподобный жом + фундопликация (1-й способ)	37	33,1
Дистальная резекция + пилороподобный жом + клапан «створка» + фундопликация (1-й способ)	51	45,5
СПВ*±фундопликация (2-й способ)±дуоденопластика	7	6,2
СПВ + фундопликация (2-й способ)	17	15,2
Всего	112	100

* Селективная проксимальная ваготомия.

Разработанные в клинике оперативные пособия по поводу осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки были описаны ранее [2]. Характер выполненных операций представлен в таблице.

У всех больных, оперированных в плановом порядке, проводилось целенаправленное изучение функционального состояния пилорического сфинктера. Особое внимание уделялось больным с локализацией язв в непосредственной близости от сфинктера (5–7 мм). На основании проведенных комплексных исследований, органическая несостоятельность пилорического сфинктера установлена у 36,5% больных.

Резекционные методы лечения были применены у 88 (78,5%) больных, видеолапароскопическая селективная проксимальная ваготомия — у 24 (21,5%). При резекции желудка используется следующий способ коррекции кардии. Выполняется резекция желудка с пристеночной мобилизацией малой кривизны и дна желудка. Десерозированная часть по малой кривизне желудка перитонизируется одиночными узловыми серозно-мышечными швами. Абдоминальный отдел пищевода мобилизуется на 4–5 см. Вокруг пищевода обводится эластичная трубка-держалка. Накладывается шов-держалка на переднюю поверхность мобилизованного дна желудка и на левую стенку пищевода, отступив 3–4 см от кардии. Дно желудка заводится за пищевод и аналогичный шов-держалка накладывается

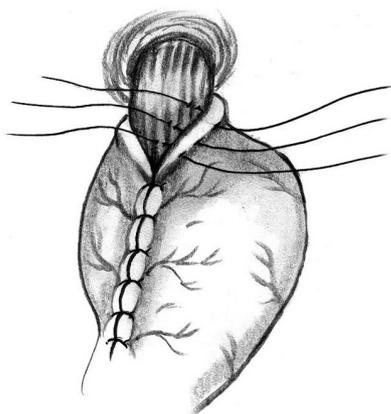


Рис. 1. Фундопликация при резекции желудка (объяснение в тексте).

на правую стенку пищевода. При этом из дна желудка создается треугольник, острый угол, «клин» которого направлен к малой кривизне. Накладываются швы по сторонам этого треугольника. При этом пищевод погружается в складку между стенками желудка, которые и формируют симметричную фундопликационную манжетку, окутывающую пищевод (рис. 1).

При выполнении селективной проксимальной ваготомии и антирефлюксной операции лапароскопически используется следующий способ (патент на изобретение № 2242934 от 27.12.2004 г.). После введения в брюшную полость 5 троакаров производят мобилизацию малой кривизны желудка по типу селективной проксимальной ваготомии, 4–5 см дистальной части пищевода, дна желудка. Далее формируют искусственный нижний пищеводный сфинктер (ИНПС), путём наложения непрерывного шва эластичной сверхтонкой (80 мкм) нитью из сплава никелид-титана с эффектом памяти формы. Начинают шов в субкардиальном отделе на малой кривизне желудка, продолжая на правую стенку пищеводно-желудочного перехода и далее на заднюю стенку пищевода спиралевидно 2 витками по ходу циркулярных мышечных волокон пищевода в восходящем направлении. В общей сложности формируют 2 спирали общей высотой витков до 3 см. Затем шов продолжают в обратном нисходящем порядке спиралевидно до левой стенки пищеводно-желудочного перехода и на малую кривизну желудка к началу шва, где узел в состоянии умеренного натяжения завязывают интракорпорально (рис. 2). При наложении непрерывного шва дозированно натягивают нить до определенного давления, создаваемого в области ИНПС, равного 22–25 мм рт. ст. Интраоперационное измерение давления в области ИНПС производят по методу В.И.Оскреткова и В.А.Ганкова [4]. Способ завершается эзофагофундографией путем наложения 2–3 швов по правой и левой стенке пищевода с целью формирования угла Гиса и клапана в области кардиальной вырезки (рис. 2, в).

Результаты и обсуждение. Выбор способа хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с ГЭРБ, определяется следующими показаниями: при отсутствии моторно-эвакуаторных наруше-

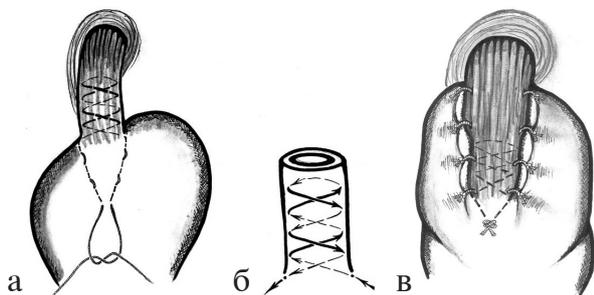


Рис. 2. Антирефлюксный шов при выполнении лапароскопической ваготомии.

а — начало и завершение шва на малой кривизне в субкардиальном отделе; *б* — схема шва; *в* — окончательный вид лапароскопической фундопликации при селективной проксимальной ваготомии.

ний двенадцатиперстной кишки, отсутствии атрофического и гиперпластического гастрита, метаплазии и дисплазии эпителия желудка, а также органически состоятельном пилорическом жоме считаем показанным выполнение селективной проксимальной ваготомии. При наличии только функциональной несостоятельности пилорического жома следует, кроме селективной проксимальной ваготомии, фундопликации, формировать антирефлюксные механизмы в зоне пилоруса или луковицы двенадцатиперстной кишки с целью профилактики рефлюкс-гастрита. При локализации язвы на задней полуокружности и по малой кривизне привратника или начального отдела луковицы двенадцатиперстной кишки выполняется пилоробульбэктомия с последующим восстановлением пилорического сфинктера. При язвах, осложненных пенетрацией, в сочетании с органической недостаточностью привратника операцией выбора является пилорусомоделирующая резекция желудка (ПРЖ) с клапанными структурами в области гастродуоденоанастомоза. Формирование спиралевидного шва преследует цель создания зоны повышенного давления в области нижнего пищеводного сфинктера. Данный способ лапароскопической фундопликации применяется при сочетании НЗФК с язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки, когда выполняется селективная проксимальная ваготомия либо селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой при локализации язвы на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки. В этой группе больных при обследовании до операции, по данным манометрии, выявлено снижение давления в области нижнего пищеводного сфинктера в покое ниже $(9,2 \pm 1,7)$ мм рт. ст.

С целью объективной оценки результатов хирургического лечения проводили комплекс-

ное обследование пациентов в стационаре через 1,5–2 мес, 1,5 года после операции. Пациенты разделены на 2 группы:

1-я группа — варианты резекции желудка с эзофагофундорафией — 88 (78,5%) больных; 2-я группа — малоинвазивная селективная проксимальная ваготомия с фундопликацией — 24 (21,5%) больных.

Средний послеоперационный койко-день в 1-й группе составил $(12,1 \pm 2,2)$ сут, во 2-й — $(6,4 \pm 1,2)$ сут.

В срок 1,5 мес после операции клинически в 1-й группе дисфагия легкой степени отмечена у 5 (5,6%) пациентов, во 2-й группе — у 2 (8,2%). Эндоскопические исследования выполнены 104 (92,8%) больным. В 1-й группе функциональная недостаточность кардии выявлена у 3 (3,4%), во 2-й группе — у 1 (4,1%) пациента. По данным рентгенологического метода, гипотония культи желудка выявлена у 78,2% больных в 1-й группе, атония — у 4 (4,5%). Во 2-й группе — соответственно у 33,3% и 4,1%. Задержка контраста в области кардии отмечалась у 4,5% пациентов 1-й группы. Заброс контрастной массы в пищевод в положении Тренделенбурга отмечен в 1-й группе у 6,6%, во 2-й — у 4,1%. Дуоденогастральный рефлюкс зарегистрирован у 3,4% пациентов 1-й группы, у 8,2% — 2-й группы.

В сроки до 12 мес после операции рентгенологически у 99,3% пациентов после дистальной резекции желудка происходит нормализация тонуса и перистальтической деятельности культи желудка, у 4,6% — отмечалась задержка контраста в области сформированной манжеты пищевода. Заброс контрастной массы в пищевод в положении Тренделенбурга отмечен в 1-й группе — у 6,9%. Рентгенологически дуоденогастральный рефлюкс имел место у 5,1% больных после резекции желудка с пилороподобным жомом и у 1,2% — с клапаном «створкой». Эндоскопическое исследование у больных этой группы показывает, что тонус культи желудка восстанавливается, а гастродуоденоанастомоз функционально активен у 91,2% больных.

Рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы при комплексном обследовании в отдаленные сроки после операции диагностирован у 4 (5,5%) пациентов 1-й группы, сопровождавшийся у 2 из них клинической симптоматикой недостаточности замыкательной функции кардии и эзофагитом II степени.

Результаты инструментальных методов исследования в ранние сроки после операции свидетельствуют о том, что снижение тонуса и ослабление перистальтики желудка возникают в большинстве случаев в обеих группах, но выражены в большей степени в 1-й группе, что обусловлено, на наш взгляд, большей травматичностью операции. Однако к 12 мес после вмешательства происходит восстановление тонуса и перистальтики желудка у 93,2% больных этой группы.

У 22 (91,6%) пациентов 2-й группы через 1,5 мес после операции проведена манометрия зоны нижнего пищеводного сфинктера (НПС). Давление в области НПС у пациентов этой группы возросло на $(12,5 \pm 4,5)$ мм рт. ст. в сравнении с дооперационным. Протяженность нижней пищеводной зоны высокого давления после операции: $(3,4 \pm 0,5)$ см, существенных нарушений амплитуды и продолжительности сокращений пищевода не отмечено. Через 1 год после операции обследованы 18 (75%) пациентов. Давление в области НПС у этих пациентов составило: $(25,7 \pm 2,4)$ мм рт. ст., протяженность нижней пищеводной зоны высокого давления — $(3,1 \pm 0,2)$ см.

Таким образом, среди пациентов, нуждающихся в оперативном лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, у 16,1% была диагностирована недостаточность замыкательной функции кардии, что явилось показанием к выполнению антирефлюксной симультантной операции на кардии.

Выводы. 1. Разработанные способы коррекции недостаточности замыкательной функции кардии, индивидуальная тактика оперативного лечения и ведения больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с ГЭРБ, являются залогом успешного результата хирургического лечения этой категории пациентов (хорошие и отличные результаты получены у 95,5% пациентов).

2. Разработанный способ лапароскопической коррекции кардии при селективной проксимальной ваготомии обеспечивает создание зоны повышенного давления в абдоминальном отделе пищевода

и за счет свойств нити сохраняет эластичность и проходимость пищевода, что отвечает основным требованиям антирефлюксной хирургии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ганков В.А. Хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных хроническими заболеваниями органов брюшной полости: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—Барнаул, 2003.—38 с.
2. Жерлов Г.К., Баранов А.И., Гибадулин Н.В. Пилорусомоделирующие и пилоруссохраняющие резекции желудка.—М.: МЗ ПРЕСС, 2000.—144 с.
3. Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.—М.: СПРОС, 1999.—189 с.
4. Оскретков В.И., Ганков В.А. Результаты хирургической коррекции недостаточности замыкательной функции кардии // Хирургия.—1997.—№ 8.—С. 43–46.
5. Оскретков В.А., Ганков В.А., Климов А.Г. Способ интраоперационной манометрии при видеолапароскопических антирефлюксных операциях // Актуальные вопросы малоинвазивной хирургии и эндоскопии: Материалы пленума Российской ассоциации эндоскопической хирургии.—Барнаул, 2002.—С. 96–97.
6. Пучков К.В., Гаусман Б.Я., Филимонов В.Б. Сравнительная оценка открытой и лапароскопической фундопликации в лечении рефлюкс-эзофагита // Эндоскоп. хир.—1997.—№ 1.—С. 88–89.
7. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит.—М.: ИздАТ, 1999.—136 с.
8. Vagnato V.J. Laparoscopic Nissen fundoplication // Surgical Laparoscopy & Endoscopy.—1992.—Vol. 3.—P. 188–190.

Поступила в редакцию 29.03.2005 г.

G.K.Zherlov, V.E.Gyunter, S.V.Kozlov, S.P.Sinko,
I.V.Savchenko

SURGICAL TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE COMBINED WITH DUODENAL ULCER

Operations for ulcer disease of the duodenum were performed on 696 patients. In 112 (16.1%) patients there were symptoms of insufficient obturating function of the cardia, which was considered to be an indication to antireflux simultaneous operation on the cardia. The indications were worked out for the decision on operative methods in patients with ulcer disease of the duodenum in combination with gastroesophageal reflux disease. Methods of resection were used in 88 (78.5%) patients, videolaparoscopic selective proximal vagotomy with an original means of fundoplication — in 24 (21.5%) patients. Good and excellent long-term results after operation were noted in 95.5% of the patients.