

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА В СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А.С. КИРИЛЕНКО, Г.И. ВЕРЕТНИК, ОЛАПАДЕ ОМОДЖОКУН

Кафедра госпитальной хирургии РУДН. 117198 Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8.

Медицинский факультет

В статье проведен анализ результатов хирургического лечения 43 пациентов с недостаточностью замыкательной функции кардии на фоне язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Для коррекции недостаточности кардии, вслед за резекцией желудка, использован оригинальный метод терескардиоластики. На основании данных клиники, эндоскопических, рентгенологических, эзофагоманометрических, бактериологических исследований, pH-метрии пищевода и измерения трансмуральной разности потенциалов отдаленные результаты (в сроки от 6 мес. до 6 лет) оценены как хорошие у 83,7% пациентов, удовлетворительные — у 9,3% и неудовлетворительные — у 6,9% наблюдаемых.

Рефлюкс-эзофагит — широко распространенное и часто диагностируемое заболевание, как правило встречающееся у лиц молодого и зрелого возраста, составляющих трудоспособную часть населения. Обычно заболевание протекает легко, проявляется отдельными, не резко выраженными и быстро проходящими симптомами и, зачастую, не требуют специального лечения. Однако в ряде случаев рефлюкс-эзофагит сопровождается опасными для жизни осложнениями, требующими стационарного, в том числе хирургического лечения. В этой ситуации лечение заболевания может стать сложной проблемой, требующей четкой ориентации в существующих консервативных методах и современных хирургических подходах.

Известно, что этот феномен может существовать как самостоятельное заболевание, но чаще развивается при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, грыже пищеводного отверстия диафрагмы, холецистите, панкреатите и других болезнях, усугубляя их течение. В частности, сочетание язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с недостаточностью замыкательной функции кардии и рефлюкс-эзофагитом встречается, по данным разных авторов, у 17,6 — 63,3% больных [1, 2, 3]. Это объясняется нарушением моторно-эвакуаторной функции желудка и снижением тонуса нижнего сфинктера пищевода, создающего условия для возникновения рефлюкса.

Клинические проявления язвенной болезни, сочетающейся с недостаточностью кардии и рефлюкс-эзофагитом, имеют ряд особенностей. Нередко клиническая картина рефлюкс-эзофагита маскируется проявлениями основного заболевания — язвенной болезни и после резекции желудка в 11,6 — 54% становится доминирующей, являясь причиной неудовлетворительных отдаленных результатов этих операций [1, 2].

Среди существующих методов оперативной коррекции недостаточности кардии наибольшее распространение получили эзофагофундопликация по Ниссену и различные формы неполных фундопликаций. Вместе с тем имеется от 30 до 76% наблюдений, показывающих, что при данном виде коррекции стойкого сдерживания желудочно-пищеводного рефлюкса не происходит [1, 3].

С 1985 г. в клиниках кафедры госпитальной хирургии РУДН применяется усовершенствованный профессором кафедры О.А. Чибисом метод терескардиоластики. Сущность его состоит в восстановлении замыкательной функции кардии путем формирования вокруг нее манжетки из круглой связки печени на ножке и, дополнительно, создания острого угла Гиса подшиванием свода желудка к абдоминальному отделу пищевода над манжеткой из связки. Терескардиоластика применяется в качестве самостоятельной операции при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, а также в сочетании с дистальной резекцией желудка и холецистэктомией.

В данной работе мы проанализировали результаты лечения 43 пациентов с недостаточностью замыкательной функции кардии на фоне язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. О состоянии замыкательной функции кардии судили по данным рентгеноэндоскопических исследований, внутриводной pH-метрии, манометрии, измерения трансмуральной разницы потенциалов слизистой оболочки пищевода.

Эндоскопическое исследование при рефлюкс-эзофагите четко показывает степень выраженности воспалительных изменений пищевода, состояние и расположение кардии, рефлюкс желудочного содержимого в пищевод. Руководствуясь данными эзофагоскопического исследования мы выделяем 4 степени эзофагита, учитывая морфологические и функциональные изменения со стороны стенки пищевода и кардии: легкий, средней тяжести, тяжелый и пептическая стриктура. При этом установлено, что рефлюкс-эзофагит легкой степени тяжести был у 25,3% больных, средней степени тяжести – у 46,7%, тяжелой – у 28% и у 1 больного (2,3%) - наблюдалась рубцовая деформация пищевода без клинических признаков дисфагии.

Биопсия во время эзофагоскопии показана во всех сомнительных случаях. Гистологически рефлюкс-эзофагит характеризуется воспалительной инфильтрацией подслизистого слоя, преимущественно плазмócитами, нейтрофильными лейкоцитами и лимфоцитами, отеком слизистого и подслизистого слоев, вакуольной дистрофией и акантозом эпителия.

Результаты выполненного гистологического исследования позволяют утверждать, что постоянными ультраструктурными признаками при любой степени выраженности рефлюкс-эзофагита являются выход лейкоцитов на поверхность через расширенные межклеточные пространства и обильное скопление микрофлоры. Видовой состав микрофлоры был представлен аэробными и анаэробными микроорганизмами и не поддавался систематизации. Тем не менее, проведенные исследования позволяют утверждать, что при легкой степени рефлюкс-эзофагита обсемененность пищевода составляла свыше 10^7 , средней степени тяжести – 10^{11} , тяжелой – 10^{16} .

Эзофагоманометрия – метод записи внутриполостного давления в пищеводе на всем его протяжении, кардии и желудка. Методом эзофагоманометрии легко диагностируются грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и изолированная недостаточность кардии, самым частым осложнением которой является рефлюкс-эзофагит. При наличии грыжи очень важно знать состояние клапанной и жомной функции кардии. Манометрически физиологическая кардия выглядит как зона повышенного давления длиной 3-5 см, где наиболее выражены колебания давления на вдохе и выдохе. Проведенные исследования показали, что у всех пациентов градиент давления между желудком и кардией был минимален и составлял около 4 мм рт.ст.

Измерение трансмуральной разницы потенциалов (ТРП) слизистой оболочки пищевода показало на прямопропорциональное возрастание положительных значений ТРП в зависимости от степени тяжести рефлюкс-эзофагита и составляло в среднем +21 мВ.

Важное место при определении локализации язвенного дефекта, характера поражений и осложнений, наряду с эндоскопией, занимало рентгенологическое исследование. Сочетание рефлюкс-эзофагита с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки выявляется, по данным различных авторов, в 40-80% случаев [1, 3]. При этом, для исследования пищеводно-желудочного перехода и выявления рефлюкс-эзофагита и грыж пищеводного отверстия диафрагмы использовалось горизонтальное положение больного на животе с поворотом в левое косое положение Тренделенбурга. Особое внимание уделяли сглаженности или отсутствию угла Гиса, деформации свода и изменению формы газового пузыря, изменению тонуса и моторики пищевода, наличию 3 и более складок желудка, пролабирующих в пищеводное отверстие диафрагмы, гастроэзофагальному рефлюксу.

Из 43 обследованных пациентов язвы желудка были у 18 больных и двенадцатиперстной кишки – у 25 больных. По своей локализации язвы желудка были в кардиальном отделе у 6 больных, теле желудка – у 5, угла желудка – у 7. Размеры язв колебались от 1,0 до 3,5 см. Язвы двенадцатиперстной кишки у 18 пациентов локализовались на заднемедиальной стенке, у 6 – на переднелатеральной стенке и в одном случае язва была циркулярной. Размеры язв колебались от 0,5 см до 2,5 см. При этом у 9 пациентов имел место рубцово-язвенный стеноз привратника 2-3 ст.

Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита в сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки проведено 43 пациентам. Следует подчеркнуть, что при

выполнении сочетанных оперативных вмешательств, мы руководствовались принципом первоочередного лечения основного заболевания, каковым является язвенная болезнь, а затем - коррекция рефлюкс-эзофагита и грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Все операции выполнялись под общим обезболиванием из верхне-срединного доступа. При этом, 37 больным (86%) была выполнена резекция желудка по способу Бильрот-I и в 6 случаях (14%) - резекция желудка по способу Бильрот-II.

В процессе ревизии органов брюшной полости внутренний диаметр пищеводного отверстия диафрагмы измеряли с помощью штангенциркуля с удлиненными браншами; степень миграции абдоминального отдела пищевода и желудка в средостение определяли визуально.

Операция терескардиоластики заключалась в мобилизации круглой связки печени от пупочного кольца до ворот печени с последующей ее перитонизацией отдельными швами. Затем абдоминальный отдел пищевода низводили в брюшную полость, выполняли тупую туннелизацию вокруг кардии с минимальной травматизацией связочного аппарата, сосудов и нервов пищевода. В дальнейшем дистальный конец круглой связки печени проводили справа, сзади и вокруг пищевода для создания замкнутой манжетки, после сшивания дистального и проксимального ее концов отдельными швами. Абдоминальный отдел пищевода при этом должен быть длиной не менее 4-5 см и не мигрировать в средостение. Внутренний диаметр манжетки формируется на интубированном зондом толщиной 1 см пищеводе. Кончик пальца хирурга должен свободно проходить между стенкой пищевода и манжеткой из круглой связки. Затем восстанавливался острый угол Гиса путем подшивания стенки свода желудка к передней стенке абдоминального отдела пищевода над манжеткой из связки 2-4 отдельными шелковыми швами.

Оценка отдаленных результатов дистальной резекции желудка с терескардиоластикой в лечении осложненных гастродуоденальных язв с рефлюкс-эзофагитом и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы была произведена в сроки от 6 месяцев до 6 лет. Она была основана на клинических, эндоскопических, рентгенологических, эзофагоманометрических, бактериологических исследованиях, pH-метрии пищевода и измерении трансмуральной разницы потенциалов (ТРП).

Анализ симптоматики показал, что признаки рефлюкс-эзофагита проходили в течение 3-6 месяцев после операции. Жалобы на отрыжку, носящую преходящий характер и связанную с переизбытком и употреблением грубой пищи, отмечены в 6 наблюдениях; периодическую изжогу, возникающую при наклонах туловища вперед и физической нагрузке, отметили 4 пациента. Необходимо подчеркнуть, что в дооперационном периоде у 6 пациентов этой группы отмечалась недостаточность кардии и рефлюкс-эзофагит тяжелой степени, у остальных 4 пациентов - рефлюкс-эзофагит средней степени тяжести.

Проведенные эндоскопические исследования при диспансерном наблюдении показали наличие в 9,4% случаев эзофагита легкой степени и у 6,9% больных - средней степени.

По данным эзофагоманометрии установлено, что, несмотря на полное отсутствие клинических проявлений рефлюкс-эзофагита и дисфагии, неполное смыкание кардии выявлено у 6,9% наблюдаемых и повышенный тонус кардии у 3,4% в сроки от 3 до 6 лет с момента терескардиоластики.

Гистологические исследования характеризовались восстановлением целостности многослойного плоского эпителия, полным исчезновением межклеточного отека и гранулоцитарно-лимфоидной инфильтрации. Микробная обсемененность пищевода составила 10^6 .

Трансмуральная разность потенциалов (ТРП) в группе пациентов, не имеющих осложнения, составила -12 ± 1 мВ, при наличии признаков рефлюкс-эзофагита - от -3 мВ до $+2$ мВ.

Проведенный анализ показал хорошие результаты у 84,4% пациентов; удовлетворительные - у 9,4%. Объективные признаки рецидива скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагита обнаружены у 6,9% наблюдаемых.

Полученные результаты позволяют характеризовать резекцию желудка в сочетании с терескардиопластикой как один из простых и довольно эффективных методов хирургической коррекции недостаточности кардии и рефлюкс-эзофагита у больных с осложненными гастродуоденальными язвами.

Литература

1. Оскретков В.И., Ганков В.А. Результаты хирургической коррекции замыкательной функции кардии// Хирургия. – 1997. – № 8. С. 43-46.
2. Сумин В.В., Торонцев Д.А., Жижин Ф.С. Хирургическая коррекция и профилактика рефлюкс-эзофагита// Хирургия. – 1998. – № 10. – С. 30-33.
3. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит. – Ереван. 1998.

SURGICAL TREATMENT OF A REFLUX-ESOPHAGITIS IN A COMBINATION TO A PEPTIC ULCER OF A STOMACH AND DUODENAL INTESTINE.

A.S.KIRILENKO, G.I.VERETNIK, OLAPADE OMOJOKUN

Department of clinical surgery of RPFU. 117198 Moscow, Miklukho-Maklaya st., 8.
Medical Faculty

In clause the analysis of results of surgical treatment 43 patients with failure obturation of cardia function on a background of a peptic ulcer of a stomach and duodenal intestine is carried out. For correction of an incompetence of cardia, after a resection of a stomach, the original method of plastics of the ligamentum hepatoumbilicale is used.