

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предлагаемый способ лечения рефлюкс-эзофагита, основанный на формировании арефлюксного пищеводно-кишечного анасто-

моза, позволяет достичь высоких функциональных результатов операции и улучшить качество жизни больных в отдаленные сроки после вмешательства.

Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, Д.В. Райш

К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ IV СТЕПЕНИ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Частота заболеваемости ахалазией кардии колеблется от 3 до 20 %. Она встречается в любом возрасте, почти одинаково часто у мужчин и женщин. Единственно радикальным методом хирургического лечения ахалазии кардии III – IV степени является субтотальная резекция пищевода. Однако, несмотря на большое число модификаций этого оперативного пособия, частота осложнений после одноэтапной субтотальной резекции пищевода с эзофагопластикой по сводной статистике достигает 60 %, а летальность – 39 %.

Нами разработан и применен на практике способ хирургического лечения ахалазии кардии IV степени (Патент РФ № 2242179 от 29.12.2004 г.).

Способ выполняется следующим образом. Абдоминальный и нижнегрудной отдел пищевода пристеночно мобилизуют от окружающей клетчатки и сосудов, сохраняя блуждающие нервы. По линии резекции на уровне нижнегрудного отдела пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Ее проксимальный край берется на нити-держалки, подшивают к ножкам сухожильной части диафрагмы и отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5 – 2 см. Выполняют цервикальный доступ к шейному отделу пищевода вдоль медиального края нижней трети левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы и в рану выводят шейный отдел пищевода. По линии резекции на шейном конце пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Дистальный край мышечной оболочки фиксируют нитями-держалками, отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5 – 2 см по проксимальному краю мышечной оболочки, слизистая прошивается аппаратом УО-40. На передней стенке обнаженных слизистой и подслизистой оболочек нижнегрудного отдела формируют отверстие, через которое проводят флэбэкстрактор в просвет пищевода на шею. Обнаженные слизистую и подслизистую оболочки шейного конца пищевода фиксируют на флэбэкстракторе и по краю

механического шва пересекают. С помощью тракции за флэбэкстрактор и фиксации мышечной оболочки шейного отдела за нити-держалки удаляют слизистую и подслизистую оболочки пищевода, выворачивая их в виде «чулка» в изоперистальтическом направлении. В просвет мышечного футляра пищевода вводят два крючка А.Г. Савиных, изоперистальтический желудочный стебель проводят внутри мышечного футляра на шею и накладывают эзофагогастроанастомоз по методике описанной нами ранее. Мышечный футляр фиксируют узловыми швами над линией эзофагогастроанастомоза. Операция завершается дренированием мышечного футляра пищевода.

По данной методике в клинике прооперировано 7 пациентов, в том числе 2 (28,6 %) мужчин и 5 (71,4 %) женщин в возрасте от 42 до 59 лет. У всех больных имела место ахалазия кардии IV степени.

Течение раннего послеоперационного периода благоприятное. Среднее время пребывания больного в стационаре после операции составило $10,5 \pm 2,7$ сут. Общехирургические осложнения имели место у 1 (8,3 %) пациента – у больного в раннем послеоперационном периоде развился тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Осложнений, связанных с методикой выполнения операции, не было.

Все пациенты осмотрены в сроки от 1,5 мес. до 5 лет после операции. Ни в одном случае не наступил рецидив заболевания. Все пациенты трудоспособного возраста вернулись к прежней работе.

Таким образом, разработанный способ пластического замещения пищевода при ахалазии кардии IV степени, заключающийся в его демуккозации, формировании искусственного «пищевода» из большой кривизны желудка и проведении его внутри сохраненной мышечной оболочки, способствует не только улучшению непосредственных результатов операции, но и восстановлению качества жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде.