

Р.М. Гарипов, А.М. Авзалетдинов, В.А. Трофимов, Ф.Ш. Исмагилов, Е.Ю. Ионис
НОВЫЙ ДОСТУП В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ГАСТРОЭЗОФАГОРЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Клиники Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа

Целью данной работы явилась разработка нового доступа при хирургическом лечении гастроэзофагорефлюксной болезни. Оперировано 32 больных. Выполнялась операция фундопликации по Ниссену. У 12 больных (37,5%) выполнена крурорафия. Минилапаротомный доступ может быть применен у больных с ГЭРБ, что сохраняя преимущества малоинвазивных методов, позволяет использовать стандартные хирургические навыки общего хирурга, без обучения его эндоскопическим манипуляциям.

Ключевые слова: гастроэзофагорефлюксная болезнь, минилапаротомия, фундопликация, крурорафия.

R.M. Garipov, A.M. Avzaletdinov, V.A. Trophimov, F.Sh. Ismagilov, Y.J. Ionis
NEW SURGICAL APPROACH TO TREATMENT
OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX

The purpose of the study was to develop a new surgical approach to treatment of gastroesophageal reflux. Thirty two patients were operated on. The Nissen method was used for fundoplication. Cruroraphy was performed in 12 (37,5%) patients. A minilaparotomic approach can be used in patients with gastroesophageal reflux. The advantages of noninvasive techniques allow a general surgeon to apply standard surgical skills without being taught endoscopic manipulations.

Key words: gastroesophageal reflux, minilaparotomy, fundoplication, cruroraphy.

Диагностика, лечение и реабилитация больных с гастроэзофагорефлюксной болезнью (ГРПБ) остается важной проблемой современной медицины. По данным литературы частота и наличие симптомов ГРПБ у больных терапевтического профиля встречается у 30-40 % населения, среди которого нуждаются в постоянном медикаментозном лечении 25%, а 15% в хирургическом (Кубышкин В.А., Корняк Б.С., 1998, 1999; Champion J.K., 2000; Hunter J.G., Swanstrom L., Waring J.P., 1996). В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь по частоте признана лидирующим заболеванием в гастроэнтерологии. К примеру, как показали массовые исследования, американских гастроэнтерологов О.Т. Nebel, М.Ф. Fornes, D.O. Castell, проведенные в 1976г., практически 36% взрослого населения США отмечает симптомы заболевания не реже одного раза в месяц.

Единственным методом, позволяющим восстановить функцию кардиального сфинктера и устранить гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) с его последствиями, является выполнение антирефлюксных операций [В.О. Тимошенко, 2002; М.В. Кукош, М.С. Петров, 2004; А.И. Чернооков, Д.Е. Лишов, 2004]. Это делает проблему хирургической коррекции ГЭРБ чрезвычайно актуальной и социально значимой. У 96% больных с коротким пищеводом газовый пузырь желудка отсутствует (Моргенштерн А.З. 1968). Эзофагит у них развивается постоянно и очень трудно поддается как консервативному, так и оперативному лечению. Создание клапана абсолютного барьерного типа неуместно. Необходимо ук-

репить циркулярный мышечный слой. В настоящее время существует большое количество методик, применяемых при лечении рефлюксной болезни. Тем не менее, данные литературы свидетельствуют о неудовлетворенности пациентов и хирургов их результатами [В.А. Кубышкин, Б.С. Корняк, 1999; Г.М. Соловьев и соавт., 2000; В.М. Седов и соавт., 2002; Г.А. Кривцов, Д.Ю. Богданов, 2004; J.H. Peters, T.R. De Meester, 1994; B. Dellemagne et al., 1996].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное спонтанным, регулярно повторяющимся ретроградным поступлением в пищевод желудочного и дуоденального содержимого приводящим к повреждению дистального отдела пищевода, появлению характерных симптомов [С.И. Пиманов, 2000; В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, 2002; А.В. Калинин, 2003; Я.С. Циммерман, 2004]. Свою первую операцию "фундопликацию R. Nissen", названную в то время гастропликацией, по поводу рефлюкс-эзофагита он выполнил в 1955г. эта операция на протяжении последних десятилетий стала "золотым стандартом" в антирефлюксной хирургии. Приоритет первых лапароскопических фундопликаций по R.Nissen, выполненных в 1991г., принадлежит хирургам из Канады (T.Geagea) и из Бельгии (B. Dallemagne).

В статистике гастроэнтерологических заболеваний гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в последние годы стала доминирующей по частоте страданием.

Цель работы

Разработка нового доступа при хирургическом лечении гастроэзофагорефлюксной болезни.

Материал и методы

1. Комплект инструментов «Мини-Ассистент» для минилапаротомных операций, отличающийся использованием диссекторов и зажимов большого хирургического набора.

2. Малый хирургический набор инструментов; электрохирургический блок, осветитель со световодом.

Положение пациента на операционном столе: на спине, с поднятым валиком со стороны позвоночника в проекции мечевидного отростка пациента.

Основные этапы операции:

1. После разреза начиная от мечевидного отростка по срединной линии длиной 5 см. и выполненной лапаротомии устанавливаются 4-5 лопаток нужной длины, устанавливают световод и закрепляют их на кольце (рис.1-2).

2. Длину лопаток и их положение подбирают таким образом, чтобы сформировалось достаточное по величине стабильное и хорошо освещенное свободное пространство в виде усеченного конуса, а зона предстоящей операции: «пищеводное отверстие диафрагмы с кардиальной частью желудка», - стала его дном.

3. Ключевым моментом является отведение левой доли печени и тела желудка с установленным в нем назогастральным зондом в противоположных направлениях.

4. Адекватное рассечение печеночно-желудочной связки является первым этапом мобилизации кардии пищевода.

5. Рассечение складки брюшины позволяет дифференцировать ножки диафрагмы и переднюю стенку пищевода.

6. Используя диссекторы большого хирургического набора выделяем кардиальный отдел пищевода по всей окружности, с наложением турникета на пищевод, на протяжении 5-6 см..

7. Дно желудка с использованием швадержалки проводится за пищеводом. Накладываются серо-серозные швы желудок-пищевод-желудок с формированием полноценной манжеты на 4 швах вокруг пищевода – модификация «Ниссена» (рис. 3-6.).

8. При осмотре пищеводного отверстия диафрагмы и фиксации его расширения выполняется наложение швов на ножки диафрагмы (передняя или задняя круррорафия).

9. Операция заканчивается глухими швами на доступ. (Рис.7.)

10. В послеоперационном периоде исключе-

ние питья в течение суток.

11. Швы снимают на 7 суток. Контрольные исследования выполняют по показаниям.



Рис.1. Разрез по срединной линии от мечевидного отростка длиной 5 см



Рис. 2. Установлен комплект «Мини-Ассистент» для минилапаротомных операций.

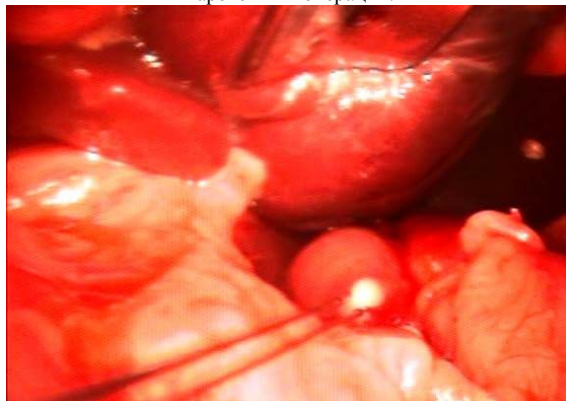


Рис. 3. Наложение серо-серозных швов желудок-пищевод-желудок с формированием полноценной манжеты.

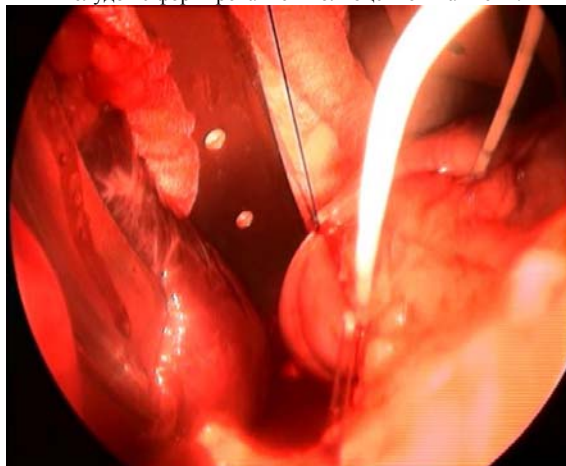


Рис. 4. Наложение серо-серозных швов желудок-пищевод-

желудок с формированием полноценной манжеты.

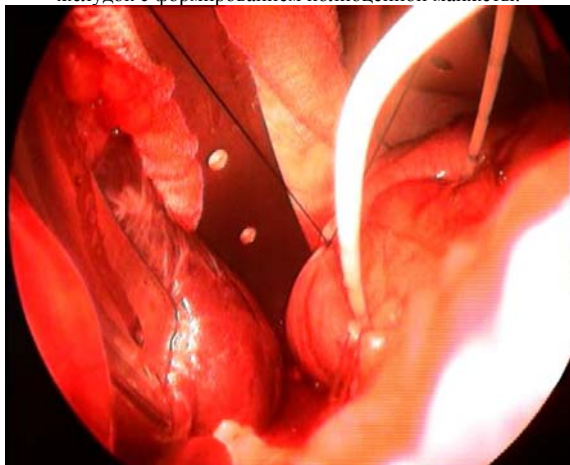


Рис. 5. Наложение серо-серозных швов желудок-пищевод-желудок с формированием полноценной манжеты.

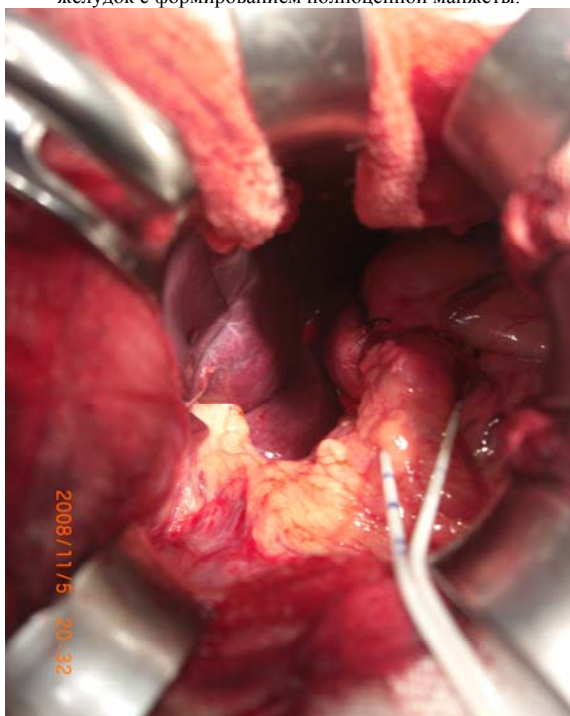


Рис. 6. Наложение серо-серозных швов желудок-пищевод-желудок с формированием полноценной манжеты.



Рис. 7. Глухие швы на ране.

Результаты и их обсуждение

При выполнении операции лапаротомным доступом положительным моментом являются манипуляции проводимые руками хирургом, возможность выполнения задач вмешательства при всех вариантах ГЭРБ, выполнении классической операции Ниссена в любых стационарах вне зависимости от технической оснащённости хирурга. Однако при этом возникают трудности у больных с избыточным весом, высока травматичность вмешательства и немаловажным является косметический эффект при выполнении практически пластического внутрибрюшного вмешательства. При выполнении лапароскопической операции достигается косметический эффект, при выполнении манипуляций возможна более точная работа с тканями за счет оптического увеличения при визуальном контроле. Количество этих вмешательств за последний период практически вытеснило открытые хирургические вмешательства. При этом в литературе описываются и осложнения при этих вмешательствах в виде пневмотораксов. Даются оценки возможности выполнения классической операции Ниссена. Наиболее часто выполняется операции по методике Туре.

Нами выполнено 32 операции по описанной методике через минилапаротомный доступ. Средний возраст больных составил 41 + 3,4 года. Подавляющую часть пациентов составили лица трудоспособного возраста от 25 до 55 лет. Мужчин было 23, женщин 9. Среди пациентов основные жалобы составляли боли в эпигастрии при еде, изжога, отрыжка. У 80% пациентов были явления эрозивного эзофагита обусловленные рефлюксом содержимого желудка в пищевод. У всех больных после проведения диагностических мероприятий диагностированы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы 2-3 степени. У одного больного грыжа пищеводного отверстия диафрагмы сочеталась с желчнокаменной болезнью.

Всем больным выполнялась минилапаротомия по описанной методике. В случае сочетания с желчнокаменной болезнью выполнена симультанная операция, холецистэктомия, без использования дополнительных разрезов. У 12 больных (37,5%) выполнена крурорафия. Из них у 4 (33,3%) больных задняя крурорафия. У 8 (66,6%) – передняя крурорафия.

У всех больных отмечался хороший клинический эффект. Контрольные исследования в виде рентгенографии пищевода и желудка свидетельствовали о правильном анатомическом нахождении манжеты и в выпол-

нении ею своей функции. У одного больного отмечалась дисфагия 2 ст. в течении 2 недель. После проведенного консервативного лечения насупило улучшение. Контрольные исследования ФГС и рентгенография пищевода и желудка показали стандартные послеоперационные результаты.

На этапе освоения метода в двух случаях проведена конверсия в верхнесрединный доступ.

Выводы

1. Минилапаротомный доступ может быть применен у больных с ГЭРБ при выполнении операции Ниссена.

2. Минилапаротомный доступ, сохраняя преимущества малоинвазивных методов, позволяет использовать стандартные хирургические навыки общего хирурга, без обучения его эндоскопическим манипуляциям.

Сведения об авторах статьи

Гарипов Рим Мухарямович – главный врач Клиник БГМУ, профессор, д.м.н., тел. (347) 223-11-92.

Авзалетдинов Артур Марсович – зав. отделением торакальной хирургии Клиник БГМУ, д.м.н., тел. (347) 223-15-26.

Трофимов Валерий Александрович – хирург Месягутовской ЦРБ, тел. (347) 983-38-01.

Исмаилов Фаниль Шарифьянович – хирург отделения торакальной хирургии Клиник БГМУ, тел. (347) 223-15-26.

Ионис Евгений Юрьевич – к.м.н., хирург отделения торакальной хирургии Клиник БГМУ, тел. (347) 223-15-26.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода/М.: «Медицина» - 2000.-350с.
2. Галлингер Ю.Е., Годжелло Э.А. Оперативная эндоскопия пищевода /М. «Российский научный центр РАМН» -1999.-273с.
3. Шалимов А.А., Полупан В.Н. Атлас операций на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке /М. «Медицина» - 1975.-304с.

УДК 616.83-053.31-07-037

© А.Г. Муталов, А.А. Грешилов, В.Р. Амирова, 2010

А.Г. Муталов, А.А. Грешилов, В.Р. Амирова НЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа
Институт последипломного образования ГОУ ВПО БГМУ Росздрава, Уфа*

С целью оценки диагностического и прогностического значений биохимических и иммунологических критериев перинатальных поражений ЦНС проведено обследование 101 новорожденного ребенка. Определялось содержание в сыворотке крови нейронспецифической енолазы (НСЕ), неоптерина (НП) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) при рождении и в возрасте 14 дней жизни. Выявлено достоверное повышение НСЕ сыворотки пуповинной крови у детей с тяжелыми перинатальными поражениями ЦНС - $10,38 \pm 2,99$ нг/мл против $5,19 \pm 0,51$ нг/мл у новорожденных с легкими церебральными нарушениями ($p=0,001$). Значительное снижение показателей НП и ИЛ-6 в пуповинной крови у детей с тяжелыми перинатальными поражениями ЦНС является неблагоприятным прогностическим признаком и указывает на высокую вероятность летального исхода. Выявлены статистически достоверное повышение уровней НСЕ и ИЛ-6 у недоношенных новорожденных по сравнению с доношенными детьми и достоверное повышение показателей НП у детей с ВЖК II-III степени по сравнению с детьми с ВЖК I степени - $27,27 \pm 2,46$ нмоль/л против $20,28 \pm 1,91$ нмоль/л, ($p=0,03$). Уровень НП сыворотки крови в возрасте 14-ти дней жизни являлся наиболее информативным критерием тяжести поражения ЦНС и характера структурно-морфологических изменений ткани мозга. Показано, что нейрои мунологические параметры сыворотки крови могут использоваться в качестве критериев ранней диагностики и прогнозирования церебральных нарушений у новорожденных детей.

Ключевые слова: Неоптерин, нейронспецифическая енолаза, интерлейкин-6, перинатальные поражения мозга, новорожденные.