

© Коллектив авторов, 2007
УДК [616.34-007.43-031:611.26]-089

О.В.Галимов, В.О.Ханов, Э.Х.Гаптракипов

НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Кафедра хирургических болезней и новых технологий (зав. — проф. О.В.Галимов) Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, хирургическое лечение.

Введение. При обсуждении современных методов лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) во главу угла ставится, прежде всего, функциональная роль пищеводно-желудочного перехода. Предложено большое число способов хирургической коррекции ГПОД [1, 2, 7]. Хирургическое лечение ГПОД улучшилось в связи с широким внедрением новых минимально-инвазивных хирургических технологий.

Обилие числа оперативных вмешательств при ГПОД и рефлюкс-эзофагите свидетельствует об отсутствии методики, которая бы полностью удовлетворяла хирургов, была бы безопасной и не давала побочных эффектов. Одним из вариантов антирефлюксной операции, которая получила очень противоречивые оценки, является операция J.P. Angelchik [4]. Сущность операции заключается в подшивании к кардии кольцевидного силиконового протеза, дозирующего его просвет. Широкое клиническое использование этой операции сопровождалось некоторыми негативными последствиями: миграцией протеза в просвет желудочно-кишечного тракта, в брюшную и даже плевральную полость.

Наиболее распространенным способом хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы является метод, предложенный в 1956 г. R. Nissen [8]. Различные модификации этой методики, когда фундопликационная манжета охватывает пищевод не по всему периметру (Toupet, Dor), в дополнении с крурорафией используются большинством современных хирургов [3, 5, 6].

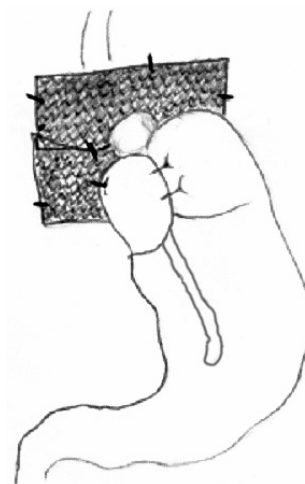
Существенным недостатком известных способов коррекции патологии кардии является то, что швы, накладываемые на ножки диафрагмы, разволокненные и неизбежно травмированные при мобилизации кардии, прорезываются. В результа-

те пищеводное отверстие вновь расширяется, что приводит к соскальзыванию и смещению фундопликационной манжеты в заднее средостение и рецидиву рефлюксной болезни или формированию паразофагеальной грыжи [9, 10]. Напротив, стремление хирургов провести надежную диафрагмокрурорафию, накладывая швы на неизменные ткани, и захватывая, таким образом, большие порции ножек диафрагмы может привести к чрезмерному сужению пищеводного отверстия и обречь пациента на стойкую послеоперационную дисфагию.

Материалы и методы. Нами предложен новый способ (Патент РФ на полезную модель № 47646 от 10.09.2005 г.), техническая сущность которого основана на предупреждении осложнений, связанных с патологическим сужением пищеводного отверстия, а также соскальзыванием манжеты и ухудшением антирефлюксных свойств кардии. Кроме того, достоинством способа являются относительная простота техники выполнения, доступность используемого материала, возможность широкого применения в хирургических стационарах. Метод можно применять как при лапаротомии, так и лапароскопии. В последнее время большинство таких операций выполняются с помощью минимально-инвазивных технологий.

Способ осуществляется следующим образом. Под интубационным наркозом выполняют наложение пневмоперитонеума. В стандартных точках вводятся лапароскоп и инструменты, оценивается состояние кардии, пищеводного отверстия диафрагмы. В желудок больного вводится толстый зонд. Желудок оттягивают в каудальном направлении, ножницами надсекают брюшину над абдоминальным участком пищевода и осуществляют его мобилизацию. Обойдя пищевод, продевают вокруг него резиновую держалку и оттягивают ее в вентрокаудальном направлении. Затем подготавливают синтетический эксплантат из политетрафторэтилена (PTFE) 8×8 см, в центре эксплантата вырезают круг диаметром 2,5 см, сообщающийся благодаря радиальному разрезу с внешней границей. Эксплантат скручивают в трубочку для проведения его в брюшную полость через 10-мм троакар. Манипуляторами захватывают эксплантат, расправляют его и устанавливают его таким образом, что края разреза эксплантата обво-

лакивают пищевод, который оказывается в вырезанном отверстии эксплантата. Края разреза политетрафторэтиленовой сетки сшивают в виде дубликатуры, при этом радиальный разрез направляют с ориентиром на девять часов (для удобства манипуляций и во избежание при сшивании краев повреждения сосудов диафрагмы и печени), в шов захватывают правую ножку диафрагмы и отдельными швами (4–6) эксплантат фиксируют к диафрагме. Далее формируют фундопликационную манжету, проводя заднюю стенку дна желудка позади пищевода и фиксируют в нижней точке к медиальной поверхности пищевода 1–2 атравматическими серомускулярными швами, выше на 2 см от анатомической кардии. Затем выше этой точки на протяжении не менее 4 см переднюю стенку дна желудка сшивают с проведенной позади пищевода задней стенкой дна желудка. Для формирования манжеты обычно бывает достаточно наложить 2–4 шва. Созданную фундопликационную манжету (1–2 шва) подшивают к протезу (рисунок).



Способ хирургической коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы с использованием синтетического эксплантата.

Результаты и обсуждение. Предлагаемый способ применили в клинике с 2004 г. у 29 пациентов с ГПОД. Женщин было 21, мужчин — 8, в возрасте от 23 до 73 лет (в среднем — 54,5 года). Лапароскопические операции успешно выполнены у 26 больных, 2 пациента перенесли традиционную операцию. Наряду с устранением хиатальной грыжи, при наличии сопутствующей абдоминальной патологии 22 больным выполнены симультанные вмешательства: 7 пациентам проводилась изолированная коррекция патологии кардии. Каких-либо интраоперационных осложнений, связанных с применением способа, не выявлено. В раннем послеоперационном периоде на 4-е сутки у 1 пациентки развился левосторонний гидроторакс, который был купирован консервативными мероприятиями. Пациентка выписана на 11-е сутки с выздоровлением. Других ранних послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Пациенты выписаны на 6–10-е сутки с выздоровлением. Отдаленные результаты изучены у 15 больных в сроки наблюдения до 2 лет после операции. Оценку проводили на основании данных клинко-инструментального обследования (фиброэндоскопия, рентгеноскопия, рН-метрия, эзофагоманометрия). Во всех случаях получены хорошие результаты: у бывших пациентов полностью отсутствовала клиническая картина заболевания, а при контрольном инструментальном обследовании не выявлено патологических изменений со стороны органов брюшной полости, все они сохраняют трудоспособность, не нуждаются в приеме медикаментов.

Таким образом, результаты клинических исследований показывают, что предложенный

способ коррекции грыжи пищеводного отверстия диафрагмы повышает эффективность их хирургического лечения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.—М.: Спрос, 1999.—208 с.
2. Чернов В.Н., Хитарьян А.Г. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // Эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.—Ростов н/Д, 2000.—189 с.
3. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Н.С. Рефлюкс-эзофагит.—М., 1999.—136 с.
4. Angelchik J.P., Cohen R: A new surgical procedure for the treatment of gastroesophageal reflux and hiatal hernia // Surg. Gynecol. Obstet.—1979.—Vol. 148.—P. 246.
5. Anvari M., Allen C. Five-year comprehensive outcomes evaluation in 181 patients after laparoscopic Nissen fundoplication // J. Am. Coll. Surg.—2003.—Vol. 196.—P. 51–57.
6. Contini S., Zincola R., Bertelé A. et al. Dysphagia and clinical outcome after laparoscopic Nissen or Rossetti fundoplication: Sequential prospective study // World J. Surg.—2002.—Vol. 26.—P. 1106–1111.
7. Heider T.R., Behrns K.E., Koruda M.J. et al. Fundoplication improves disordered esophageal motility // J. Gastrointest. Surg.—2003.—№ 7.—P. 159–163.
8. Nissen R. Gastropexy and fundoplication in surgical treatment of hiatus hernia // Am. J. Dig. Dis.—1961.—№ 6.—P. 954.
9. Varshney S., Kelly J. J., Branagan G., Somers S. Angelchik prosthesis revisited // World J. Surg.—2002.—Vol. 26.—P. 129–133.
10. Ziad T., Declan J., Nashaat W. et al. Type IV hiatal hernia post laparoscopic Nissen fundoplication: Report of a case // Surg. Today—2001.—Vol. 31.—P. 156–158.

Поступила в редакцию 05.04.2006 г.

O.V.Galimov, V.O.Khanov, E.Kh.Gaptrakipov

A NEW METHOD OF SURGICAL CORRECTION OF HIATAL HERNIAS

The authors propose a new method of surgical treatment of hiatal hernias by a laparoscopic method. The method was used in the clinic in 29 patients with good long-term results.