

РАЗВИТИЕ ПОСТРЕЗЕКЦИОННОГО ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА И МЕТОДЫ ЕГО ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КОРРЕКЦИИ

Н.А. Велиев, И.С. Малков

Кафедра общей и неотложной хирургии (зав.— доц. Р.Ш.Шаймарданов)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Частота гастроэзофагальных рефлюксов в послеоперационном периоде у больных с осложненными пилородуоденальными язвами (ОПДЯ) варьирует от 36 до 50% [2, 6]. После резекции желудка происходит уменьшение объема и эластичности культи, возникает угловое перемещение большой кривизны, расправление угла Гиса, сокращается объем газового пузыря и сглаживается клапан Губарева. Недостаточность “кардиального жома” приводит к постоянному орошению слизистой пищевода желудочным соком и развитию рефлюкс-эзофита (РЭ) [5, 6].

Изучение отдаленных результатов показало неоспоримое преимущество интраоперационных мероприятий, направленных на профилактику данного осложнения. Среди предлагаемых методов наиболее эффективны фундопликация по Ниссену и различные ее модификации [4].

С целью изучения механизма и частоты возникновения пострезекционного рефлюкс-эзофита нами были обследованы 44 пациента с пилородуоденальными язвами и опухолями дистального отдела желудка, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней №3 Азербайджанского медицинского университета. В 1-й группе пилородуоденальные язвы были у 6 больных, во 2-й — у 7, в 3-й - у 20, опухоли дистального отдела желудка - соответственно по группам у 2, 3, 6. Всем пациентам производилась резекция желудка по Бильрот-1. Больные были разделены на 3 группы. В 1-ю группу (8 чел.), вошли больные, у которых резекцию желудка выполняли без дополнительных профилактических мероприятий. Во 2-й группе (10 чел.) резекцию желудка сочетали с рассечением гастро- и спленодиафрагмальных связок по Шалимову [3], а в 3-й (26 чел.) - с наложением внеор-

ганных тракционных швов (ВТШ) по нашей методике в комбинации с эзофагофундопексией.

Дополнительные методы использовались нами с целью профилактики послеоперационного РЭ. Применение фундопликации в 3-й группе было связано с тем, что при наложении ВТШ у всех 26 больных происходило расправление угла Гиса.

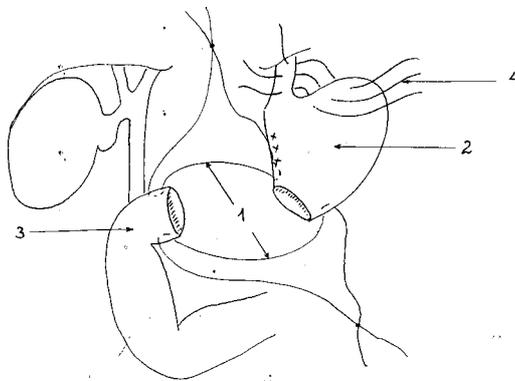


Схема наложения внеорганных тракционных швов в сочетании с эзофагофундопликацией: 1 — внеорганные тракционные швы, 2 — культи желудка, 3 — культи двенадцатиперстной кишки, 4 — швы между пищеводом и дном желудка.

Техника наложения ВТШ состоит из следующих этапов (см. рис.). Одним концом нити прошивают оставшуюся часть большого сальника по большой кривизне, другим концом той же нити накладывают серозномышечный шов по внутреннему контуру (нижняя стенка) двенадцатиперстной кишки, сближая таким образом концы желудка и двенадцатиперстной кишки. Второй шов накладывают между оставшейся после резекции малой кривизной желудка и верхним контуром двенадцатиперстной кишки. Потягивание за нити приводит к сближению анастомозируемых концов желудка и двенадцатиперстной кишки.

После этого накладывают двухрядный гастродуоденоанастомоз. При этом нагрузка на анастомоз снижается за счет синхронного натяжения тракционных швов, которые выводят на переднюю брюшную стенку и завязывают. Использование рассасывающихся нитей (хромированный кетгут, викрил, полисорб и т.д.) позволяет исключить этап их экстракорпорального выведения с целью последующего извлечения. Поскольку осевая нагрузка после наложения анастомоза равномерно распределяется на весь желудочно-дуоденальный комплекс, коррекция измененного угла Гиса путем эзофагофундопексии не сопровождается натяжением швов и считается достаточной мерой профилактики РЭ в послеоперационном периоде. Основным показанием к наложению ВТШ было наличие натяжения между желудком и двенадцатиперстной кишкой при формировании гастродуоденоанастомоза.

В настоящей работе обобщены результаты комплексного изучения состояния кардиального сфинктера у больных после резекции желудка по способу Бильрот-1 в сочетании с различными методами устранения натяжения гастродуоденоанастомоза. Исследования проводили во время операции, в раннем и отдаленном послеоперационном периодах. Во время операции анатомические особенности строения пищеводно-желудочного перехода и диафрагмы, являющиеся основной причиной РЭ, оценивали морфометрически. Размеры пищеводного отверстия считали нормальными, если они составляли в поперечном направлении 2—3 см, а в продольном - 3,0—3,5 см [1].

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы была обнаружена у 3 (у одного - во 2-й группе, у 2 - в 3-й), недостаточность кардиального сфинктера во время операции - у 5 (у одного - в 1-й группе, у одного - во 2-й, у 3 - в 3-й). У таких больных резекцию желудка сочетали с эзофагофундопексией по Lartat-Jacob.

Для определения угла Гиса во время операции использовали прием, предложенный А.Н. Горбашко и соавт. [1]. Пос-

ле резекции смещали левую долю печени длинным крючком вправо, создавая натяжение пищевода и передней стенки желудка книзу. При этом хорошо просматривается кардиальная вырезка между левым краем пищевода и дном желудка. Размеры угла Гиса могут меняться. Так, результаты наших исследований показали, что если он перед резекцией был тупым только у 5 (11,5%) из 44 больных, то после резекции и наложения гастродуоденоанастомоза - у 34 (77,2%). Таким образом, одной из основных причин расправления угла Гиса при формировании гастродуоденоанастомоза является натяжение большой кривизны и дна желудка, что приводит к его низведению.

Частота расправления угла Гиса после резекции желудка по Бильрот-1 в основных группах была следующей: в 1-й - у 2 (25,0%) из 8, во 2-й - у 9 (90,0%) из 10, в 3-й - у 23 (92,0%) из 26.

Значительно меньшее увеличение угла Гиса после резекции в 1-й группе по сравнению с таковым в других группах связано с тем, что 1-ю группу составили больные, у которых при наложении гастродуоденоанастомоза между желудком и двенадцатиперстной кишкой натяжение либо не возникало, либо его устраняли путем мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру. В данном случае не использовали методы дополнительного низведения желудка. Во 2 и 3-й группах выполняли рассечение гастро- и спленодиафрагмальных связок или низведение желудка с наложением ВТШ практически во всех случаях, что приводило к увеличению угла Гиса. С учетом полученных результатов в 3-й группе коррекцию кардиоэзофагеальной недостаточности производили путем простого подшивания дна желудка к пищеводу по Lortat-Jacob. Использовать для этого более сложные методы (фундопликация по Ниссену) представлялось нецелесообразным ввиду значительного уменьшения резервуара культи желудка. Во 2-й группе ограничивались лишь рассечением связочного аппарата желудка.

Все больные в удовлетворительном состоянии были выписаны домой. Швы

снимали на 7—8-е сутки. Средний койко-день составил 11,4 0,2. Внеорганные швы удаляли на 8—9-е сутки, когда натяжение анастомозируемых тканей было наименьшим и состоятельность гастродуоденоанастомоза не вызывала сомнения.

Для изучения отдаленных результатов лечения в аспекте развития РЭ через 6 месяцев после выписки больных из стационара были проведены рентгенологические и фиброгастродуоденоскопические исследования. Обращали внимание на наличие отека, гиперемии, эрозий и изъязвлений слизистой нижней трети пищевода, являющихся достоверными признаками РЭ. Кроме того, учитывали и клинические проявления данной патологии.

Результаты исследований показали, что частота развития РЭ в послеоперационном периоде находится в прямой зависимости от использования адекватных по объему интраоперационных мероприятий, направленных на профилактику данного осложнения. В 1-й группе РЭ был диагностирован у 3 (37,5%) из 8 больных, перенесших резекцию желудка без дополнительных антирефлюксных мероприятий, во 2-й группе - у 4 (40,0%) из 10 таких больных. В 3-й группе наблюдались лишь эндоскопические признаки РЭ - у 2 (7,7%) из 26 больных ($p < 0,001$). Разница полученных данных, по нашему мнению, связана с нарушением замыкательной функции кардии. В 1-й группе больных в связи с резекцией 2/3 желудка при наложении гастродуоденоанастомоза происходило смещение желудка в дистальном направлении, что приводило в последующем к расправлению угла Гиса. Даже широкая мобилизация двенадцатиперстной кишки является недостаточной для коррекции такого смещения. Во 2-й группе больных рассечение желудочно- и спленодиафрагмальных связок уменьшало натяжение между кульями желудка и двенадцатиперстной кишкой, при этом желудок и селезенка на большом протяжении перемещались в дистальном направлении, что в конечном итоге также приводит к расправлению угла Гиса.

В результате в 1 и 2-й группах больных частота обнаружения РЭ на отдаленных сроках послеоперационного периода была значительной.

У больных 3-й группы вследствие использования ВТШ в сочетании с интраоперационными антирефлюксными мероприятиями (эзофагофундопексия) на отдаленных сроках послеоперационного периода отмечены лишь единичные случаи РЭ (7,7%).

Таким образом, наложение ВТШ в сочетании с эзофагофундопликацией позволяет значительно снизить частоту РЭ в послеоперационном периоде и в большинстве случаев выполнить резекцию желудка в наиболее предпочтительном для больного варианте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбашко А.Н., Богчаев О.Х. и др. // Вестн. хир. - 1985. - № 4. - С. 12—17.
2. Сутин В.В., Торонцев Д.А., Жижин Ф.С. // Хирургия. - 1998. - № 10. - С. 30—33.
3. Шалимов А.А., Саенко А.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - М.— Киев.
4. Черноусов А.Ф., Шестаков А.А., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит. - М., 1999.
5. Эфендиев В.М. Хирургические аспекты рефлюкс-эзофагита: Автореф. дисс.... докт. мед. наук. - М., 1985.
6. Castell D.O. // Gastroenterol. International.— 1997.— Vol. 10.— P. 100—110.
7. Floor D. Stoddart C.J. // Brit. J. Surg. - 1985. - Vol. 72. - P. 804—807.

Поступила 29.07.02.

DEVELOPMENT OF POSTRESECTIONAL GASTROESOPHAGEAL REFLUX AND METHODS OF ITS INTRAOPERATIVE CORRECTION

N.A. Ueliev, I.S. Malkov

S u m m a r y

The incidence rate of reflux-esophagitis in postoperative period in 44 patients with complicated pyloroduodenal ulcers and tumors of the distal part of stomach is analysed. It is established that the Bilrot-1 stomach resection results in the increase of the Gic angle and the development of gastroesophageal reflux. The combination of stomach resection with extraorgan tractional sutures and esophagofundoplication is suggested. The use of prophylactic measures made it possible to decrease the incidence of reflux-esophagitis in postoperative period.