

УДК 616.366-003.7+616.33+616.329-007.43]-072.1-089-059

*В.В. Стрижелецкий, Г.М. Рутенбург, Е.В. Шмидт,
Е.М. Альтмарк*

СИМУЛЬТАННЫЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЮ И ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Городской центр эндовидеохирургии больницы
св. Елизаветы (г. Санкт-Петербург)

*Ключевые слова: эндовидеохирургия, симультанные
операции, гастроэзофагеальный рефлюкс, желчно-
каменная болезнь.*

Желчно-каменная болезнь (ЖКБ) относится к числу наиболее распространенных заболеваний. По данным статистических исследований она диагностируется у 10–15% взрослого населения [3]. В России ежегодно производится более 500 000 холецистэктомий, 90% из которых выполняются с использованием эндовидеохирургических технологий [2, 6, 8].

На рубеже XX–XXI веков второй по частоте после холецистита сферой показаний к лапароскопическим операциям является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), сочетающаяся с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы или без нее [11]. На основании масштабных эпидемиологических исследований в Западной Европе и США наличие симптомов гастроэзофагеального рефлюкса выявлено у 30–40% населения, причем до 25% пациентов там нуждается в постоянном медикаментозном, а до 15% – исключительно в хирургическом лечении [1, 4, 5, 10, 13].

По мнению ряда авторов, ЖКБ сочетается с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и ГЭРБ в 8–12% случаев [3, 7, 12]. Недостаточное предоперационное обследование данных пациентов нередко ведет к неполноценному заключению о характере заболевания и, как следствие, к неадекватному объему хирургического вмешательства.

По данным нашего центра, у 11% больных после выполнения эндовидеохирургической холецистэктомии при повторном обследовании выявляются признаки ГЭРБ, рефрактерной к консервативному лечению, и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с проявлениями рефлюкс-эзофагита. Это является показанием к антирефлюксным операциям, которые могли бы быть выполнены как этап первичного вмешательства.

Неадекватное предоперационное обследование часто связано с недостаточной распространенностью инструментальных методов диагностики ГЭРБ, а также с прекращением дальнейшего обследования после выявления ЖКБ. Наиболее частым по использованию методом остается эндоскопическое исследо-

вание верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, которое не всегда дает возможность установить окончательный диагноз. Следует помнить, что в структуре ГЭРБ только 30–40% больных имеют эндоскопически позитивную рефлюксную болезнь, преобладают же пациенты с неизменной слизистой оболочкой пищевода [9, 14]. Тем не менее эндоскопически негативная форма ГЭРБ существенно изменяет качество жизни пациентов.

Несвоевременное выполнение операций по поводу ГЭРБ и грыж пищеводного отверстия диафрагмы связано еще и с тем, что до настоящего времени у хирургов и терапевтов-гастроэнтерологов нет единой точки зрения на тактику ведения больных с данной патологией. Сохраняется спор о показаниях к хирургическому лечению данной патологии и последовательности перехода от консервативного лечения к оперативному.

Мы считаем, что ГЭРБ в сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы является показанием к оперативному лечению. При выявлении данной патологии, сочетающейся с ЖКБ, возможна и приоритетна одномоментная хирургическая коррекция данных заболеваний с использованием эндовидеохирургической техники.

С 1999 по 2005 г. на базе нашего центра лечились и обследовались 205 пациентов с данной патологией. В 150 случаях были выполнены симультанные операции по поводу ЖКБ, сочетавшейся с ГЭРБ и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. В группу сравнения вошли 55 больных, которым была выполнена только холецистэктомия с последующим консервативным лечением ГЭРБ.

Основными жалобами при поступлении были периодические приступообразные боли в правом подреберье (100%), тошнота (22%), горечь во рту (18%), изжога (88%), боль в эпигастрии (100%). Всем больным выполнялись обязательные лабораторные исследования крови и мочи, электрокардиограмма, рентгенография легких.

Инструментальное подтверждение поставленного в ходе анализа жалоб, клинических проявлений, данных анамнеза и физикального осмотра диагноза осуществлялось путем разработанного нами алгоритма. Ультразвуковое исследование брюшной полости проводилось всем больным для подтверждения ЖКБ. Фиброэзофагогастроуденоскопия выполнялась как обязательное исследование для выявления эндоскопически позитивной либо эндоскопически негативной картины рефлюкс-эзофагита, а также оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Эндоскопические признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы являлись показанием к выполнению рентгенологического (полипозиционного) исследования пищевода для исключения данной патологии, а также стриктур пищевода, диффузного эзофагоспазма и рефлюкса как такового. Всем больным, в том числе и при отсутствии

эндоскопических признаков рефлюкс-эзофагита, но при типичной клинической картине ГЭРБ проводилась 24-часовая рН-метрия пищевода, при анализе которой оценивались кислотообразующая функция желудка, общее время, в течение которого водородный показатель принимал значения менее 4 единиц, общее число рефлюксов за сутки, число рефлюксов продолжительностью более 5 мин, длительность наиболее продолжительного рефлюкса. Манометрия выполнялась с целью оценки двигательной функции пищевода.

По программе предоперационной подготовки все пациенты с ГЭРБ получали консервативное лечение для уменьшения клинических проявлений заболевания, включающее H_2 -блокаторы, блокаторы протонной помпы, прокинетики, антациды.

В основной группе больных во время диагностической лапароскопии, выполняемой в начале каждой операции, при ревизии зоны пищеводно-желудочного перехода было установлено, что в 113 случаях (88,6%) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы была аксиальной, а в 17 (11,4%) – параэзофагеальной.

Первым этапом выполнялась антирефлюксная операция. Реконструкция пищеводного отверстия диафрагмы достигалась сшиванием ее правой и левой ножек после их выделения с применением интракорпорального эндоскопического шва. У 133 больных (88,7%) выполнена только задняя круорофия, у 17 (11,3%) – задняя и передняя.

Для коррекции функции желудочно-пищеводного перехода проводились следующие виды антирефлюксных операций: по способу Nissen – 6 (4%), по способу Toupet – 10 (6,7%), по способу Dor – 134 (89,3%). Интраоперационные осложнения отмечены у 5 человек (3,3%): перфорация пищевода (1), повреждение селезенки (1), повреждение плевры (1), кровотечение из ножки диафрагмы (2). Лишь в 1 наблюдении при перфорации пищевода для устранения возникшего осложнения потребовалась конверсия доступа.

Вторым этапом операции у пациентов основной группы и у всех пациентов группы сравнения осуществлялась холецистэктомия, техника которой сегодня детально отработана. В ходе выполнения холецистэктомии интраоперационных осложнений не отмечалось.

Следует отметить, что именно в такой последовательности должны выполняться данные симультанные операции. При выполнении холецистэктомии вторым этапом снижается риск возможного инфицирования зоны антирефлюксного вмешательства, появляется возможность оценки гемостаза в зоне пищеводно-желудочного перехода и выявления интраоперационных осложнений через 15–20 мин (по окончании холецистэктомии). Кроме того, это рационально, так как антирефлюксные операции более сложны технически.

В послеоперационном периоде мы изучили результаты лечения в срок через 1 и 6 месяцев после операции.

Субъективно в ближайшем послеоперационном периоде у 8 пациентов основной группы (5,3%) отмечалась кратковременная дисфагия, которая самостоятельно купировалась к моменту выписки пациентов. В одном случае после операции по Dor, выполненной симультанно с холецистэктомией, появились признаки нарушения глотания твердой пищи, боли в эпигастрии. При эндоскопическом исследовании выявлено сужение просвета пищевода в области нижнего пищеводного сфинктера, затруднявшее проведение эндоскопа за счет повышенного давления фундопликационной манжеты. Проведено два курса эндоскопического бужирования с положительным эффектом.

В остальных случаях отмечены хорошие результаты лечения, в дополнительном медикаментозном обеспечении пациенты не нуждались, осложнений холецистэктомии, а также признаков грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или недостаточности кардиального жома при рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях не отмечено.

При инструментальном обследовании в основной группе пациентов выявляется выраженная положительная динамика. Следует отметить уменьшение числа гастроэзофагеальных рефлюксов более чем в четыре раза, выраженное уменьшение как общего процента времени с рН ниже 4, так и в ночное и дневное время суток. Число рефлюксов желудочного содержимого длительностью более 5 мин уменьшилось в шесть раз, длительность наиболее продолжительного эпизода рефлюкса в среднем не превышала 5,67 мин. Индекс DeMeester через 6 месяцев после операции значительно снизился (табл. 1). Все вышеперечисленные показатели входили в пределы допустимой нормы.

По данным эзофагоманометрии, после выполнения фундопликации отмечалось возрастание градиента давления в нижнем пищеводном сфинктере в среднем в 2,5 раза, общая длина сфинктера, как и длина его абдоминальной части, были сформированы в пределах нормы. В группе сравнения на фоне консервативного лечения, по данным объективного исследования, положительной динамики не отмечалось (табл. 2).

При фиброскопии через 1 месяц в основной группе эзофагит легкой степени был зафиксирован у 6 (4%), а через 6 месяцев – у 2 пациентов (1,4%), что свидетельствовало о явной положительной динамике. В группе сравнения отмечалось прогрессирование ГЭРБ с периодическими обострениями на фоне прекращения медикаментозного лечения.

Таким образом, результаты проведенной работы показали, что ЖКБ достаточно часто сочетается с патологией пищеводно-желудочного перехода и больные с симптомами заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта и органов гепатопанкреатодуоденальной зоны всегда должны быть комплексно обследованы с применением современных

Таблица 1

Результаты суточного рН-мониторинга пищевода

Показатель	До операции		После операции			
	основная группа	группа сравнения	через 1 месяц		через 6 месяцев	
			основная группа	группа сравнения	основная группа	группа сравнения
Число рефлюксов с рН<4	102,31±25,6	102,00±24,8	23,27±10,3	105,00±25,1	23,92±10,2	105,17±25,3
Время с рН<4 общее, %	11,52±8,5	12,05±7,9	3,55±1,3	12,22±8,1	3,58±1,2	13,01±9,4
Время с рН<4 днем, %	12,51±9,1	13,92±8,8	5,92±1,6	11,54±7,9	5,63±1,3	9,84±7,6
Время с рН<4 ночью, %	15,51±11,3	13,91±12,4	2,23±0,8	14,14±13,2	2,14±0,7	13,98±13,4
Число рефлюксов больше 5 мин	12,51±6,2	14,00±5,1	2,63±0,6	12,06±5,3	2,60±0,4	12,69±5,6
Самый длительный рефлюкс, мин	23,43±12,8	17,73±11,9	5,59±3,8	20,52±13,2	5,67±3,2	20,52±13,6
Индекс DeMeester	50,93±23,5	50,80±24,1	12,42±9,6	49,16±25,3	12,28±9,8	49,32±26,1

Таблица 2

Результаты эзофагоманометрии нижнего пищеводного сфинктера

Показатель	До операции		После операции			
	основная группа	группа сравнения	через 1 месяц		через 6 месяцев	
			основная группа	группа сравнения	основная группа	группа сравнения
Общая длина, см	2,99±1,5	2,79±1,6	4,17±0,9	2,79±1,6	4,16±0,8	2,73±1,3
Длина абдоминальной части, см	1,66±0,6	1,70±0,5	3,64±0,2	1,70±0,5	3,68±0,3	1,78±0,4
Уровень давления, мм рт. ст.	9,85±2,3	9,89±2,5	23,36±8,2	9,89±2,5	23,25±8,3	9,44±2,8

информативных методов. При выявлении данных заболеваний показано проведение симультанных вмешательств с использованием эндовидеохирургических технологий.

Литература

1. Анищенко В.В. Эндовидеохирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса : дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2000.
2. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуто А.М., Прудков М.И. Желчно-каменная болезнь. – М. : Видар-М, 2000.
3. Избранные лекции по эндовидеохирургии / под ред. В.Д. Федорова. – СПб. : Коста, 2004.
4. Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – М., 1999.
5. Кубышкин В.А., Корняк Б.С., Азимов Р.Х., Чернова Т.Г. // Российский гастроэнтерологический журнал. – 1998. – № 4. – С. 3–8.
6. Родионов В.В., Филимонов М.И., Могучев В.М. Калькулезный холецистит. – М. : Медицина, 1991.
7. Хирургические болезни пищевода и кардии / под ред. П.П. Зубарева и В.М. Трофимова. – СПб. : Фолиант, 2005.
8. Черепанов Д.Ф. Оценка эффективности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с использованием эндовидеохирургии : дис. ... канд. мед. наук – СПб., 2003.
9. Ashem S.R. // Gastroenterol. Clin. North. Am. – 1999. – Vol. 28 – P. 893–904.
10. Champion J.K. // Surg. Endosc. – 2000. – Vol. 14, No. 8. – P. 746–749.
11. Fass R., Fenerty B., Vacil N. // Am. J. Gastroenterol. – 2001. – Vol. 96, No. 2. – P. 303–314.
12. Gadenstatter M., Klingler A., Prommegger R., Hinder R.A. // Surgery. – 1999. – Vol. 126, No. 3. – P. 548–552.
13. Hunter J.G., Swanstrom L., Waring J.P. // Annals of Surgery. – 1996. – Vol. 224, No. 1. – P. 421–428.
14. Marshall J.B. // Postgrad-Med. – 1995. – Vol. 97. – P. 98–106.

Поступила в редакцию 15.03.2007.

SIMULTANEOUS ENDOVIDEOSURGICAL PROCEDURES AT PATIENTS WITH CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS, GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND DIAPHRAGMATIC HERNIAS

V.V. Strizheletskiy, G.M. Rutenburg, E.V. Shmidt, E.M. Altmark
The City Endovideosurgical Center of the St. Elizaveta's hospital (Saint Petersburg)

Summary – The combination of the biliary pathology with diaphragmatic hernia and gastro-esophageal reflux disease is marked in 8–12% of cases. Since 1999 to 2005 on the basis of the St.-Petersburg City Endovideosurgical Center we treated 205 patients with biliary stoned combined with gastro-esophageal reflux disease and diaphragmatic hernia. 150 patients underwent simultaneous surgeries. The group of comparison included 55 patients who underwent only cholecystectomy. Follow-up in 1 and 6 months after operation has shown, that at combined diseases simultaneous surgeries are indicated with the use of the endovideo-surgical technologies.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 1, p. 43–45.