

© Б.А.Саидханов, 2006
УДК 616.33-007.43-031:611.26-089

Б.А.Саидханов

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Центральная клиническая больница № 1 (главврач — канд. мед. наук Н.Д.Ахмедова) медико-санитарного объединения МЗ РУз, г. Ташкент

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хирургическое лечение.

Введение. Среди гастроэнтерологических заболеваний гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) признана распространенной патологией, существенно влияющей на качество жизни пациента и представляющей серьезную угрозу здоровью больного возможными осложнениями (язвы и стриктуры пищевода, кровотечения и т. д.). Совершенствование методов диагностики в последние годы и пристальное изучение данной проблемы позволило уточнить истинную распространенность ГЭРБ среди населения, симптомы которой выявляются почти у 50% взрослых и более чем у 6–12% лиц, которым проводили эндоскопическое исследование [4].

Показаниями к хирургическому лечению являются неэффективность консервативной терапии в течение года, наличие скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, пищевод Баррета, пептический рефлюкс-эзофагит 1У–У степени, кровотечения, хронические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, связанные с рефлюкс-эзофагитом [1, 7]. На сегодняшний день в арсенале хирурга имеются более 50 методик антирефлюксных операций на пищеводно-желудочном переходе [2, 3]. Основная цель выполнения этих операций — восстановить утраченную антирефлюксную функцию пищеводно-желудочного перехода. При рефлюкс-эзофагите в сочетании с большой грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и укороченным пищеводом достижение постав-

ленной цели усложняется, возрастает риск скальзывания и гиперфункции фундопликационной манжетки, воссоздание угла Гиса становится практически неосуществимым. В данной ситуации наиболее приемлемой могла бы быть операция, предложенная Collis (1957) [6], которую хирурги практически не применяют из-за травматичности и высокого риска возможной недостаточности швов стенки желудка.

Для улучшения результатов лечения при ГЭРБ автором разработан способ хирургического лечения скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (приоритетная справка на изобретение № IAP 2004 0330 ПВ РУз от 27.08.2004 г.).

Разработанный нами *метод* осуществляется следующим образом. После низведения желудка и абдоминальной части пищевода в брюшную полость производится мобилизация небольшой зоны пищеводно-желудочного перехода по левому краю. Тупо выделяется задняя стенка желудка, формируя туннель параллельно малой кривизне. На ширину толстого желудочного зонда (56–60 Fr) моделируется трубка из малой кривизны желудка как «продолжение пищевода» путем прошивания передней и задней стенок желудка сшивающим аппаратом УО-40 или УО-60 в зависимости от глубины грыжевой камеры (рис. 1, а). В отличие от гастропластики Collis просвет желудка не вскрывается, прошитая линия швов не рассекается (рис. 1, б). Методика исполнения аналогична вертикальной гастропластике, используемой при морбидном ожирении, но преследует иную цель.

Результаты и обсуждение. Способ хирургического лечения скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с ГЭРБ в предложенном варианте был успешно применен нами у 5 больных. Для иллюстрации приводим одно из наблюдений.

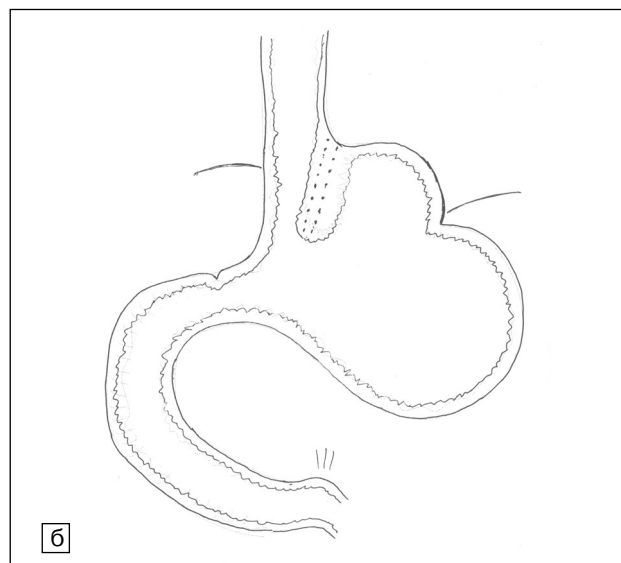
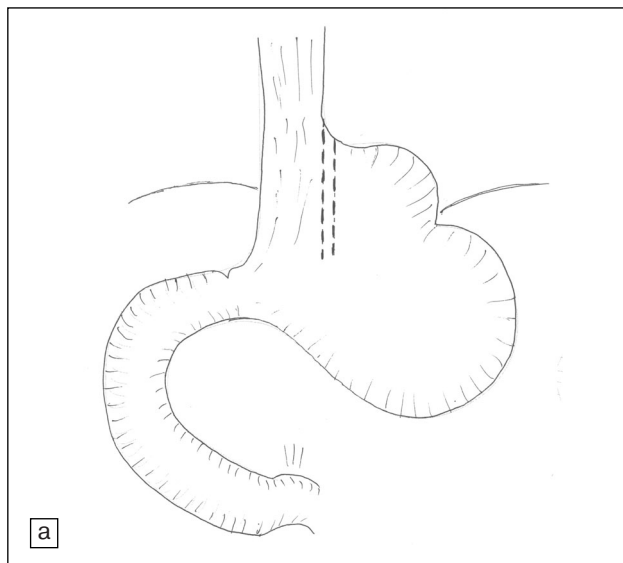


Схема операции.

*а — прошивание желудка;
б — после прошивания.*

Больной М., 66 лет, поступил в хирургическое отделение ЦКБ-1 14.10.2003 г. с жалобами на мучительные жгучие боли за грудиной, усиливающиеся по ночам и при наклонах туловища. Указанные жалобы — в течение 2 лет, усилились в последние 3 мес. В течение года консервативное лечение — без эффекта. Обследован: рентгенологически установлен диагноз: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы при укороченном пищеводе. Эзофагогастроскопия — грыжа пищеводного отверстия диафрагмы в 34 см от резцов глубиной до 6 см, выраженный эрозивно-пептический рефлюкс-эзофагит нижней трети пищевода III степени (классификация по Savari-Miller). Гемоглобин 95 г/л. 16.10.2003 г. произведена операция предложенным способом лапаротомным доступом. На выполнение данной операции затрачено 30 мин. Послеоперационное течение без осложнений. Кормление через рот начато на 2-е сутки — признаков дисфагии не отмечено. Выписан на 8-е сутки после операции, жалоб нет, изжоги нет. Спустя 3 мес после операции больной вызван на контрольное обследование: жалоб нет, диету не соблюдает. Гемоглобин 130 г/л. Эзофагогастроскопия — слизистая оболочка пищевода без признаков воспаления, грыжевая камера отсутствует. Контрольный осмотр через 1 год после операции: жалоб нет, оценивает эффект операции как отличный. Эндоскопически и рентгенологически признаков рефлюкс-эзофагита нет, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы не выявлено.

Выводы. 1. Предложенный способ позволяет существенно удлинить абдоминальный отдел пищевода за счет малой кривизны желудка, при этом воссоздается острый и глубокий угол Гиса с моделированием клапана Губарева.

2. Обеспечивается стойкая антирефлюксная функция пищеводно-желудочного перехода.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Лебедева Е.Г. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Учебно-методическое пособие.—М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000.—52 с.
2. Пучков К.В., Филимонов В.Б., Родиченко Д.С. Экспериментальная оценка эффективности различных видов фундопликации // Эндоскоп. хир.—2002.—№ 4.—С. 3–7.
3. Рева В.Б., Алексеенко А.В., Алексеенко А.А., Мороз А.М. Выбор способа пластики при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы // Вестн. хир.—1999.—№ 4.—С. 19–21.
4. Федоров А.В., Протасов А.В., Чистяков А.А. и др. Хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эндоскоп. хир.—2001.—№ 5.—С. 9–15.
5. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода.—М.: Медицина, 2000.—351 с.
6. Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Шалимов С.А. Хирургия пищевода.—М.: Медицина, 1975.—368 с.

Поступила в редакцию 05.10.2005 г.

B.A.Saidkhanov

METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

A new method of surgical treatment of sliding hiatal hernia is proposed to improve the results of treatment of patients with the gastroesophageal reflux disease. Successful treatment of 5 operations followed up for more than a year is described.