

В.Г. Лубянский ¹, Г.И. Климова ², Д.В. Лубянский ³**ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ**¹ Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)² Городская больница № 12 (Барнаул)³ Краевая клиническая больница (Барнаул)

В клинике обследовано 160 больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, из них грыжа пищеводного отверстия диафрагмы обнаружена у 92, функциональная недостаточность кардии 68. Больные обследованы с применением фиброгастродуоденоскопии, рентгеноскопии пищевода и желудка, манометрии пищевода-желудочного перехода, суточной рН-метрии, интервалографии, реогастрографии. Больные с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы разделены на 2 группы в зависимости от состояния кислотопродукции. Первая группа включала 65 больных с высоким уровнем кислотообразования, у 5 больных обнаружены дуоденальные язвы. Вторая группа включала 27 больных с нормальными показателями. Третью группу составили больные с функциональной недостаточностью кардии. Больным первой группы выполнялась видеолапароскопическая прекардиальная ваготомия в сочетании с эзофагофундопликацией. Больным второй группы проведена видеолапароскопическая эзофагофундопликация по Ниссену. У больных третьей группы установлено, что причиной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни явилась функциональная недостаточность кардии связанная с гипокинезией кардии обусловленной ирритацией симпатических проводников вследствие остеохондроза грудного отдела позвоночника. Им проводилась медикаментозная блокада чревного сплетения норапином. Предложенный дифференцированный подход позволил добиться хороших результатов у большинства оперированных больных.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, остеохондроз, кардия, эзофагофундопликация

CHOOSING THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASEV.G. Lubyansky ¹, D.V. Lubyansky ², G.I. Klimova ³¹ Altay State Medical University, Barnaul² Municipal Hospital N 12, Barnaul³ Krai Clinical Hospital, Barnaul

165 patients having GERD were examined in the clinic. Hiatus hernia was found out in 92 patients, and functional cardiac insufficiency in 68. Patients were examined with FGDS, X-ray of esophagus and gaster, manometry of oesophagus – gaster passage, 24-hour pHmetry, intervalography, rheohepatography. Patients with hiatus hernia were divided in two groups depending on the intensity of gastric acid production. The first group included 65 patients with high intensity of gastric acid production, Five of them suffered from duodenal ulcer. The second group of 27 patients exhibited normal level. The third group included patients with functional cardiac insufficiency. We used videolaparoscopic pre-cardiac vagotomy combined with oesophagofundoplication for treatment of patients of the first group; videolaparoscopic oesophagofundoplication according to Nissen for the second group. In patients of the third group it was found out that GERD was caused by functional cardiac insufficiency related to gaster hypokinesia due to irritation of sympathetic conductors because of thoracic spine osteochondrosis. They were made medicine block of abdominal brain with norapin. The suggested differential method showed good results in the majority of operated patients.

Key words: GERD, osteochondrosis, cardia, esophagofundoplication

ВВЕДЕНИЕ

Значительная распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, кратковременный эффект от медикаментозного лечения, необходимость в постоянном пожизненном приеме антисекреторных препаратов определяет показания для хирургического лечения этой патологии [1, 4]. Особенно настойчивые показания к операции возникают при наличии различных форм дистального эзофагита [2]. В случаях грыжи пищеводного отверстия диафрагмы хирургическая тактика включает коррекцию замыкательного аппарата кардии путем видеолапароскопической операции Ниссена [5]. Более сложная ситуация возникает у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, связанной с функциональной недоста-

точностью кардии. Причины ее возникновения до конца не ясны и традиционная терапия блокаторами протонной помпы и прокинетиками не всегда эффективна [3].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В клинике обследовано и оперировано 160 больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Из них грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обнаружены у 92 человек (57,5 %). Кроме того у 5 больных из этой группы была обнаружена дуоденальная язва. Функциональная недостаточность кардии — у 68 человек (42,5 %). Мужчин — 50 (31,3 %), женщин — 110 (68,7 %). Средний возраст составил $50,9 \pm 3,04$ года. Средняя длительность болезни составила $3,9 \pm 0,27$ года.

Комплекс обследования включал эзофагогастродуоденоскопию, рентгеноскопию пищевода и желудка, исследование секреторной функции желудка путем проведения суточной внутрижелудочной рН метрии, исследование моторно-эвакуаторной функции желудка и состояния кардии методом желудочно-пищеводной манометрии. Наряду с этим у больных с функциональной недостаточностью кардии проведена оценка состояния грудного отдела позвоночника в целях диагностики остеохондроза методом рентгенографии и компьютерной томографии.

Выбор метода хирургического лечения зависел от состояния кислотопродуцирующей функции желудка, величины пищеводного отверстия диафрагмы и степени воспалительных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода. Показанием для аллопластики пищеводного отверстия диафрагмы явилось его расширение более 4 см. В этом случае проводилось укрытие пищеводного отверстия сетчатым имплантом с фиксацией к диафрагме герниостеплером.

Все больные были разделены на 3 группы. Первая группа включала 65 больных (63,7 %), у которых гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь была обусловлена грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и сочеталась с повышенной кислотностью. Им выполнялась видеолапароскопическая проксимальная прекардиальная ваготомия в сочетании с эзофагфундопликацией. Из них 10 операций (9,8 %) дополнялись пластикой пищеводного отверстия диафрагмы сетчатым имплантом. Техника операции включала взятие на держалки и отведение стволов блуждающих нервов, скелетирование кардии с пересечением нервов, идущих к кислотопродуцирующей зоне с помощью генератора Лига Шу. После этого проводилось формирование фундопликационной манжеты с окутыванием пищевода на протяжении 3 см.

Вторая группа включала 27 больных (24, 5 %) с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы с нормальной секреторной функцией желудка. Всем им была выполнена видеолапароскопическая эзофагфундопликация по Ниссену. У 2 (2,1 %) из них, операция дополнена аллопластикой дефекта пищеводного отверстия диафрагмы.

Третья группа включала 68 больных, у которых причиной гастроэзофагеальной рефлюксной

болезни явилась функциональная недостаточность кардии. После проведения рентгенографии грудного отдела позвоночника и выборочно КТ выявлены спондилез и склероз замыкательных пластинок. Снижение высоты дисков обнаружено у всех больных, сколиоз грудного отдела позвоночника у 12 больных. По данным компьютерной томографии произведенной 14 больным выявлены протрузии межпозвоночных дисков у 4 больных, грыжи межпозвоночных дисков — у 2 больных. При оценке состояния симпатического звена вегетативной нервной системы по данным реогеографии обнаружено снижение показателей реографического индекса, удлинение скорости быстрого кровенаполнения затруднение венозного оттока. Полученные данные свидетельствуют о наличии признаков спазма сосудов печени у больных с остеохондрозом грудного отдела позвоночника, сочетанного с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. По данным интервалографии, проведенной у 11 больных установлено, что у 7 из них имелось преобладание симпатического, а у 2 человек парасимпатического тонуса, лишь у одного больного вегетативная иннервация находилась в сбалансированном состоянии, а у другого пациента выявлена активация центральных регуляторных механизмов. Причиной этого, по-видимому, является доминирование симпатической импульсации вследствие ирритации симпатических проводников при остеохондрозе.

По данным манометрии (табл. 1) у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, сочетанной с остеохондрозом грудного отдела позвоночника недостаточность замыкательной функции кардии была обусловлена снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера, укорочением кардии, уменьшением коэффициента (отношение давления в нижней пищеводной зоне высокого давления к внутрижелудочному давлению), то есть у больных с функциональной недостаточностью кардии обнаружены признаки гипокинезии со снижением тонуса нижнепищеводного сфинктера.

В целях коррекции этим больным нами проводилась длительная медикаментозная блокада чревного сплетения путем катетеризации зоны чревного ствола из правостороннего транслумбального доступа. Катетеризация выполнялась под местной анестезией. Отступив вправо от остистого

Результаты манометрии желудочно-пищеводного перехода

Таблица 1

Группы больных	Тонус НПЗВД, мм рт. ст.	Длина кардии, см	Внутрижелудочное давление, мм рт. ст.	Пищеводно-желудочный градиент давления	Коэффициент (отношение давления в кардии к давлению в желудке)
контрольная	19,02 ± 0,7	3,9 ± 0,3	6,04 ± 0,6	13,01 ± 1,3	3,15 :1
основная	13,8 ± 1,0	2,0 ± 0,5	6,4 ± 0,5	7,4 ± 0,7	2,1:1
достоверность	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,5$

отростка L_{II} позвонка на 7 см, скальпелем делался прокол кожи. Длинной тупоконечной иглой (диаметр 1,5 мм) с острым стилетом-мандреном производилась пункция с продвижением иглы по направлению к боковой поверхности тела первого поясничного позвонка. Игла при этом должна упереться в боковую поверхность тела позвонка. После этого предпуская струю новокаина, она подтягивается и разворачивается на 30°, после чего продвигалась вперед до ощущения преодоления препятствия. После этого через просвет иглы проводился катетер из стандартного набора для эпидуральных блокад, который фиксируется к коже. В катетер 4–6 раз в сутки вводился норапин в дозе 7,5 мг (разовая). Длительность медикаментозной блокады варьировала от 5 до 8 дней.

Влияние медикаментозной блокады чревного сплетения во время ее выполнения на тонус кардии, моторную активность пищевода и желудка было изучено путем рентгенологического и манометрического исследования. Для этого в рентгеновском кабинете после глотка бария пищевод и желудок исследовались до и через 15 минут после блокады. Было установлено, что после блокады чревного сплетения более чем у 52 больных (76,4 ± 5,8 %) наступило повышение тонуса кардии с кратковременной задержкой эвакуации из пищевода. Желудочно-пищеводный рефлюкс не регистрировался ни в одном наблюдении. Уменьшение размеров желудка и активация его перистальтики отмечена у 15 больных. Манометрически на фоне блокады регистрировалось повышение тонуса кардии и менее выраженное повышение тонуса желудка с усилением перистальтики пищевода. В процессе лечения путем медикаментозной блокады чревного сплетения больные отмечали уменьшение или исчезновение болевого синдрома, улучшение аппетита, исчезновение изжоги. Отрыжка воздухом сохранялась у 7 больных. Все больные выписаны в хорошем состоянии, осложнений не было.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Послеоперационный период у всех групп больных протекал без осложнений.

В первой группе дисфагия не была отмечена ни в одном случае. При исследовании кислотопродуцирующей функции желудка регистрировалось прекращение гастроэзофагеальных кислотных рефлюксов, достоверное снижение внутрижелудочного pH. Расширения пищевода при рентгенологическом исследовании не выявлено.

Во второй группе больных дисфагия после приема твердой пищи регистрировалась у 3 больных (11 %) но после проведенных консервативных мероприятий она была купирована. По данным рентгеноскопии желудка и пищевода, расширение пищевода в ближайшем послеоперационном периоде зарегистрировано у 5 больных.

В третьей группе у больных, которым проводилась медикаментозная блокада чревного спле-

тения, у 52 пациентов (76,4 %) зарегистрировано повышение тонуса кардии с кратковременной задержкой эвакуации из пищевода. Желудочно-пищеводный рефлюкс не отмечен ни в одном наблюдении. Уменьшение размеров желудка и активация его перистальтики были у 15 больных.

В отдаленные сроки от одного года до двух лет обследовано 5 больных первой группы и 10 больных второй группы. Хорошие и отличные результаты отмечены у 12 больных. Один больной первой группы отмечал чувство тяжести в эпигастриальной области, связанное с гипокинезией желудка в течение года. У больного регистрировался рецидив желудочно-пищеводного рефлюкса. Два больных второй группы отмечали в течение года чувство давления за грудиной после еды рецидивов желудочно-пищеводного рефлюкса у больных этой группы не было.

В течение первого года после проведенного лечения обследовано 18 больных третьей группы. Из них хорошие результаты зарегистрированы у 9 больных (50 %). Все они трудоспособны, отмечают исчезновением болевого синдрома, изжоги и отрыжки. Удовлетворительные результаты были у четверых больных у них регистрировался частичный рецидив клинической симптоматики, но меньшей степени выраженности по сравнению с исходной. Неудовлетворительные результаты были у 5 обследованных, рецидив симптоматики у которых возник в ранние сроки после лечения (в первые 1–3 месяца).

ВЫВОДЫ

Таким образом, выбор метода хирургического лечения у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью определяется уровнем кислотообразования в желудке, тяжестью пептического повреждения дистального отдела пищевода, степенью расширения пищеводного отверстия диафрагмы.

При наличии высокого уровня кислотопродукции целесообразно сочетание формирования фундопликационной манжеты с прекардиальной проксимальной ваготомией.

Применение длительной медикаментозной блокады чревного сплетения у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, связанной с функциональной недостаточностью кардии снимает симпатическое доминирование и усиливает моторику абдоминального отдела пищевода и кардии, с устранением желудочно-пищеводного рефлюкса и клиники гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в сроки до одного года у большинства больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Лебедева Е.Г., Дичева Д.Т. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: учебно-методическое пособие / Моск. гос. медико-стоматолог. ун-т. — М., 2000. — 48 с.
2. Черноусов А.Ф., Шестаков А.А., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит. — М., 1999. — 135 с.

3. Fibbe C., Luyer P., Keller J. et al. Esophageal motility in reflux disease before and after fundoplication: a prospective, randomized, clinical, and manometric study // Gastroenterology. — 2001. — Vol. 121. — P. 5—14.

4. Mahon D., Rhodes M., Decadt B. et al. Randomized clinical trial of laparoscopic Nissen

fundoplication compared with proton-pump inhibitors for treatment of chronic gastro-oesophageal reflux // Br. J. Surg. — 2005. — Vol. 92. — P. 695—699.

5. Yau P., Watson D.I., Devitt G. et al. Laparoscopic antireflux surgery in the treatment of gastroesophageal reflux in patients with Barrett esophagus // Arch. Surg. — 2000. — Vol. 135. — P. 801—805.

Сведения об авторах

Лубянский Владимир Григорьевич – профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Алтайского государственного медицинского университета (656056, г. Барнаул, ул. Пролетарская, д. 67, кв. 66; тел.: 8 (3852) 63-92-10; e-mail: lvg51@mail.ru)

Климова Галина Ивановна – врач Городской больницы № 12 (656922, г. Барнаул, ул. Благовещенская, 4; тел.: 8 (3852) 31-28-03)

Лубянский Дмитрий Владимирович – врач неврологического отделения № 2 Краевая клиническая больница (656024, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1; тел. 8 (3852) 68-98-56)