

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ (ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ)

Байгазаков А.Т., Маманов Н.А., Осмоналиев Б.К.

Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлен первый клинический опыт лапароскопической фундопликации по Ниссену в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Операции были выполнены 5 пациентам в возрасте от 44 до 65 лет. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь имела у 2 человек, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – у 3. Рецидивов заболевания в период наблюдения не выявлено, что подтверждено результатами клинических и эндоскопических исследований.

Ключевые слова: лапароскопическая фундопликация, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛДЫК РЕФЛЮКС ООРУСУН ЖАНА БООР ЭТИНИН КЫЗЫЛ ӨНГӨЧ КӨЗӨНӨГҮНҮН ЧУРКУСУН ДАРЫЛООДО ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ТЕХНОЛОГИЯЛАР (АЛГАЧКЫ КЛИНИКАЛЫК ТАЖРЫЙБА)

Байгазаков А.Т., Маманов Н.А., Осмоналиев Б.К.

ЮРФА-Clinic эндовидеохирургиялык борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада гастроэзофагеалдык рефлюкс оорусун жана боор этинин кызыл өнгөч көзөнөгүнүн чуркусун дарылоодо Ниссендин лапароскопиялык фундопликациясынын алгачкы клиникалык тажрыйбасы көрсөтүлгөн. Операциялар 44-65 жаш курактагы беш оорулууларга жасалган. Гастроэзофагеалдык рефлюкс оорусу 2 кишиде жана боор этинин кызыл өнгөч көзөнөгүнүн чуркусу 3 кишиде аныкталган. Көзөмөл убагында клиникалык жана эндоскопиялык изилдөөлөр менен тастыкталган оорунун кайталанышы аныкталган жок.

Негизги сөздөр: лапароскопиялык фундопликация, гастроэзофагеалдык рефлюкс оору, боор этинин кызыл өнгөч көзөнөгүнүн чуркусу.

LAPAROSCOPIC TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND HIATAL HERNIA (THE FIRST CLINICAL EXPERIENCE)

Baygazakov A.T., Mamanov N.A., Osmonaliev B.K.

Endovideosurgical centre URFA-Clinic

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The article presents the first clinical experience of laparoscopic Nissen fundoplication in the treatment of gastroesophageal reflux disease and hiatal hernia. Operations were performed in 5 patients aged 44 to 65 years. Gastroesophageal reflux disease was present in 2 people, hiatal hernia - at 3 disease recurrence during the observation period have been identified, which is confirmed by the results of clinical and endoscopic studies.

Key words: laparoscopic fundoplication, gastroesophageal reflux disease, hiatal hernia.

Актуальность

Впервые грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) описаны французским хирургом Pare Ambroise (1579) и итальянским анатомом Morgani (1768) и считались чрезвычайно редким заболеванием. В последние годы гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и ГПОД стали наиболее часто выявляемыми состояниями в гастроэнтерологии и диагностируются у 10–60% взрослого

населения [1, 2]. Исследования показали, что при наличии механической несостоятельности антирефлюксного барьера и симптомов гастроэзофагеального рефлюкса, консервативная терапия имеет только симптоматическое значение и требует пожизненного приема ингибиторов желудочной секреции [2-4]. Консервативная терапия дает лишь временный эффект и приводит к увеличению количества хронических больных ГЭРБ и таких осложнений,

как пептическая язва, пищевод Барретта, кровотечение, злокачественная трансформация слизистой оболочки пищевода [3, 5, 6]. Рецидивирование заболевания после окончания приема препаратов и возможность осложнений в виде атрофии слизистой оболочки желудка на фоне приема H₂-блокаторов заставляет искать другие пути решения проблемы. Поэтому наряду с консервативной терапией хирургическая коррекция ГПОД является одним из основных способов лечения этой патологии.

В 1936 году в Стамбуле Р. Ниссен впервые выполнил операцию, ставшую прототипом будущей, известной во всем мире, фундопликации по Ниссену. В 1991 году Деллемеге первым в мире выполнил лапароскопическую фундопликацию по Ниссену [2]. Внедрение лапароскопических технологий позволило пересмотреть взгляды на хирургическое лечение ГПОД и ГЭРБ и расширить показания к нему. Малотравматичный характер, относительно невысокая себестоимость, ранняя реабилитация больных, хороший косметический эффект делают лапароскопическое вмешательство операцией выбора в лечении ГПОД и их осложнений [4, 5]. Внедрение в клиническую практику эндохирургических вмешательств позволило значительно улучшить ближайшие результаты лечения ГПОД.

С 2011 года в эндовидеохирургическом центре (ЭВХЦ) ЮРФА-Clinic в лечении многих хирургических и гинекологических заболеваний используются современные, малоинвазивные и эстетические оперативные методы лечения. Эндовидеохирургические технологии являются приоритетным направлением деятельности ЭВХЦ ЮРФА-Clinic, в том числе и неопухолевых патологий кардиоэзофагеальной зоны. В доступной нам литературе мы не нашли сообщений об использовании в Кыргызской Республике в хирургическом лечении ГЭРБ и ГПОД лапароскопических технологий. Имея несколько клинических наблюдений, мы решили поделиться своим опытом лапароскопического лечения этих заболеваний.

Материал и методы.

В ЭВХЦ ЮРФА-Clinic в 2013-2014 годы были проведены видеолапароскопические операции 5 больным с патологией кардиоэзофагеальной зоны. Среди них мужчин было 1 (20%), женщин – 4 (80%). Возраст пациентов колебался от 44 до 65 лет. ГЭРБ была

установлена у 2 больных (второй степени – 1, третьей степени – 1), ГПОД – у 3 (первой степени – 1, второй степени – 2). Согласно классификации ГПОД, предложенной Б.В. Петровским (1962), все 3 случая относились к скользящей форме. Размеры грыжевых дефектов колебались от 3 до 6 см. У всех 5 больных имелся рефлюкс-эзофагит. Согласно классификации Savary-Miller (1978), рефлюкс-эзофагит II степени был установлен у 3 (60%), III степени – у 2 (40%) пациентов. Длительность заболеваний колебалась от 1 года до 6 лет. Показаниями к антирефлюксному лапароскопическому лечению считали неэффективность консервативной терапии (блокаторы протонного насоса, H₂-блокаторы, эрадикационная терапия, антацидные препараты) в течение 12 недель и более. Двое больных имели сочетанные хирургические заболевания: пупочная грыжа (1) и спаечная болезнь брюшной полости после лапаротомии и аппендэктомии (1). Основным методом диагностики ГЭРБ и ГПОД являлись видеоэзофагогастроскопия и контрастная рентгеноскопия (рис. 1).

Видеолапароскопические операции выполняли с использованием эндоскопической стойки «ЭФА-Медика» (Санкт-Петербург, Россия) с полным набором эндохирургических инструментов. Операции проводились под тотальной внутривенной анестезией с интубацией трахеи и в положении Фоулера. Основные этапы лапароскопической фундопликации по Ниссену с дорсальной крурорафией заключаются в следующем (рис. 2).

Положение больной на операционном столе с раздвинутыми ногами. Хирург располагается между ног пациента, камердинер справа от больного, а ассистент слева. После установки первого 10-мм троакара в области пупочного кольца и создания пневмоперитонеума в режиме 12 мм.рт.ст проводили панорамную ревизию брюшной полости. Схема установки троакаров представлена на рисунке 3. Два 10-мм эпигастрии справа от срединной линии ниже мечевидного отростка и выше и слева от пупка, два 5-мм троакара выше и справа от пупка и левом мезогастррии.

Левую долю печени отводили краниально 10-мм трехлепестковым ретрактором, рассекали левую треугольную связку печени и печеночно-пищеводную связку и выделяли задние правую и левую ножки диафрагмы. При этом у больных с ГПОД всегда обнаруживали наличие диастаза

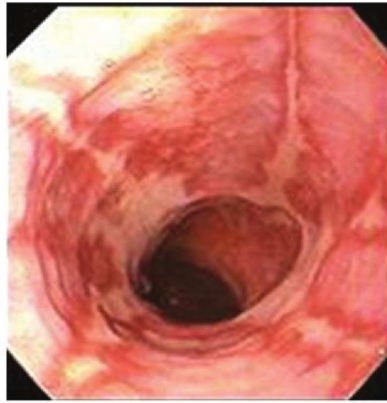


Рисунок 1. Эндоскопическая картина ГЭРБ.

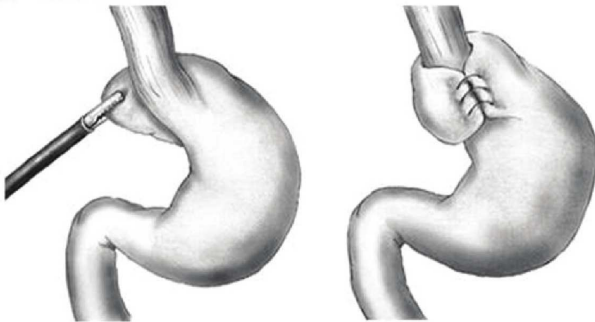


Рис.2. Схема фундопликации по Ниссену



Рисунок 3. Схема установки троакаров.

между ножками диафрагмы, а абдоминальная часть пищевода, кардия и фундальный отдел желудка через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы находились в заднем средостении (рис. 4).

В области угла Гиса мобилизовали пищеводно-желудочный переход, переместившиеся в заднее средостение абдоминальный участок пищевода, кардию или дно желудка обратно выводили в брюшную полость, выделяли задние ножки диафрагмы. После мобилизации абдоминального отдела пищевода последний брали на турникет для тракции. Производили дорсальную круроррафию, на ножки диафрагмы накладывал 1-3 узловых шва нитью ПГА и ликвидировали овальное отверстие между ножками диафрагмы (рис. 5).

Далее производили фундопликацию по Ниссену путем формирования манжеты из стенки фундальной части желудка с захватом в шов мышечного слоя пищевода (рис. 6).

В течение всей операции в желудке находился толстый желудочный зонд, что очень важно для профилактики послеоперационной дисфагии. Левое подпеченочное пространство

дренировали полихлорвиниловой трубкой. Десуффляция. Швы на раны. Асептическая повязка.

Результаты и обсуждение.

Средняя продолжительность операции (от начала установки троакаров и до наложения кожных швов) составила 105 ± 6 мин и зависела от таких факторов как первое освоение методики и наличие ожирения. Первые две операции были более продолжительными (140 ± 7 мин), что связано с новой для эндохирурга методикой операции и адаптацией эргономических навыков. В последних операциях длительность вмешательства сократилась до 85 ± 5 мин. При завязывании узлов мы применяем технику интракорпорального узла. Во время лапароскопической операции каких-либо осложнений (повреждение органов, кровотечение, пневмоторакс, гемодинамические осложнения) не было. Лапароскопическая фундопликация, как и другие эндохирургические операции, выполняется практически без кровопотери. При диссекции тканей в области оперативного поля применяли монополярную коагуляцию диссектором или L-образным

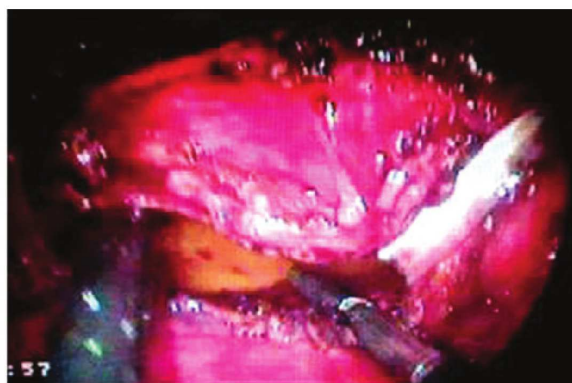


Рисунок 4. Эндофото собственного наблюдения (объяснение в тексте).

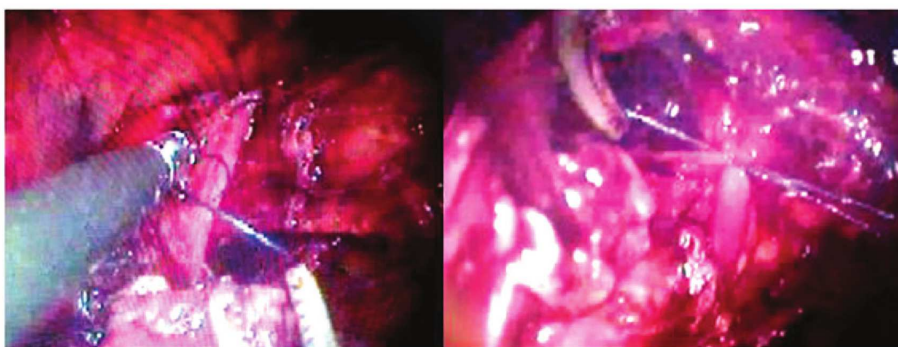


Рисунок 5. Эндофото собственного наблюдения. Дорсальная круроррафия:
а – наложение узлового шва на ножки диафрагмы, б – затягивание швов.

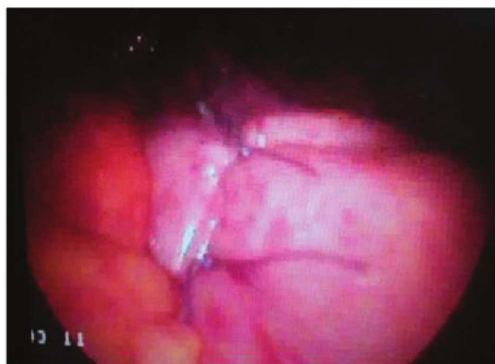


Рисунок 6. Эндофото собственного наблюдения.
Окончательный вид операции.

электродом.

Двоим больным симультанно были выполнены лапароскопический адгезиолизис по поводу множественных висцеро-паритальных спаек брюшной полости и грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по Сапежко.

В послеоперационном периоде все больные активизировались уже через 6-9 часов после операции, переводились на раннее энтеральное питание. Послеоперационный болевой синдром был минимальным и не требовал наркотических анальгетиков. Перистальтика желудочно-кишечного тракта восстанавливалась в течение

первых суток после операции. Необходимости в инфузионной терапии не было. Конверсий, осложнений и летальности не наблюдалось. Дренажи из брюшной полости удаляли на 2-3 день. Среднее пребывание больных в клинике составила $3,5 \pm 0,3$ койко-дней. У одной больной наблюдалась дисфагия в течение месяца и корригировалась самостоятельно. Развитие послеоперационной дисфагии описывается многими авторами [2-6]. Данное состояние было на начальном этапе освоения лапароскопической фундопликации.

Мы считаем, что при соблюдении всех

требований предоперационной подготовки и обследования пациентов, при негрубых интраоперационных действиях, обеспеченных многократным оптическим увеличением, а также при правильном послеоперационном ведении можно избежать фатальных осложнений. Минимальная операционная травма и возможность ранней активизации пациентов – это характерная особенность лапароскопического доступа. Лучшая визуализация верхнего этажа брюшной полости также способствовала на наш взгляд снижению операционных и послеоперационных осложнений.

Из 5 оперированных пациентов 4 находятся под наблюдением у нас в клинике (одна больная является гражданином России). Рецидивов заболевания в период наблюдения пока не выявлено, что подтверждено результатами клинических и эндоскопических исследований. Были проведены контрольные видеоэзофагогастроскопии через 1 и 6 месяцев после операции. Все больные чувствуют себя удовлетворительно, они подчеркивают, что с первых же дней после операции перестала беспокоить «мучительная» изжога и регургитация пищи, антисекреторными препаратами не пользуются. Качество жизни у этих больных значительно улучшилось.

Выводы.

Таким образом, первый наш опыт лечения ГЭРБ и ГПОД продемонстрировал высокоэффективность и перспективность лапароскопических технологий. Несмотря на то, что количество наблюдений невелико, для нас становится очевидным, что лапароскопическая фундопликация по Ниссену является методом выбора и должна широко осваиваться и внедряться в хирургические учреждения Кыргызской Республики.

Литература:

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: теория и практика. По итогам конференции // *Здоровье Украины*. – 2008. - № 19/1. – С. 11-13.
2. Лапароскопическая хирургия неопухолевой патологии кардиоэзофагеальной зоны / Под ред. проф. Оспанова О.Б. – Астана, 2013. – 204 с.
3. Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 172 с.
4. Сигал Е.И., Бурмистров М.В. Лапароскопические операции в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы // *Хирургия*. – 2004. - № 4. – С. 42-44.
5. Жерлов Г.К., Понтер В.Э., Кошель А.П. и др. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита // *Хирургия*. – 2004. - № 7. – С. 9-14.
6. Никитенко А.И., Родин А.Г., Овчинников В.А. Анализ результатов эндовидеохирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы // *Эндоскопическая хирургия*. – 2012. - № 5. – С. 3-7.